

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DULCE DIRCLAIR HUF BAIS

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, FORMAÇÃO  
ACADÊMICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO:  
APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS**

Curitiba  
2009

DULCE DIRCLAIR HUF BAIS

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, FORMAÇÃO  
ACADÊMICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO:  
APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS**

Tese apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Educação, Setor de Educação,  
Universidade Federal do Paraná, como  
requisito parcial à obtenção do título de  
Doutora em Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Araci Asinelli da Luz

CURITIBA  
2009

Catálogo na publicação  
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Bais, Dulce Dirclair Huf

Política nacional de atenção básica à saúde, formação acadêmica e atuação profissional do enfermeiro: aproximações e distanciamentos / Dulce Dirclair Huf Bais. – Curitiba, 2009. 324 f.

Orientadora: Profª. Drª. Araci Asinelli da Luz  
Tese (Doutorado em Educação) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

1. Saúde – políticas públicas. 2. Enfermagem – regulamentação. 3. Enfermeiros – ensino profissional. 4. Enfermagem – saúde – políticas públicas. I. Título.

CDD 614.253.5  
CDU 610.730692

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

DULCE DIRCLAIR HUF BAIS

### **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, FORMAÇÃO ACADÊMICA E ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS**

Tese aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora no Curso de Pós-Graduação em Educação, Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora:

Profa. Dra. Araci Asinelli da Luz  
Departamento de Teoria e Prática de Ensino, UFPR

Profa. Dra. Almerinda Moreira  
Departamento de Enfermagem, UNIRIO

Prof. Dr. Domenico Costella  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná, PUC-PR

Profa. Dra. Liliana Maria Labronici  
Departamento de Enfermagem, UFPR

Profa. Dra. Sônia Maria Chaves Haracemiv  
Departamento da Teoria e Prática de Ensino, UFPR

Profa. Dra. Vera Regina Beltrão Marques  
Departamento da Teoria e Fundamentos da Educação, UFPR

Curitiba, 31 de março de 2009.

À **IRMA HUF**,  
minha mãe e incentivadora maior.

Ao **LUCAS DAVID EVANS**,  
a quem espero incentivar.

## AGRADECIMENTOS

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Araci Asinelli da Luz**, mais que orientadora, mais que colega de departamento, mais gente, pelo apoio e pela compreensão dos meus momentos, acreditando que eu era capaz.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sônia Maria Chaves Haracemiv**, colega de departamento, pelo incentivo, pela generosidade de sugestões e pela afetividade do acolhimento incondicional.

À **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Teresa Carneiro Soares**, pelo comparecimento na hora certa do momento incerto, pela sensibilidade da escuta e pela capacidade de buscar soluções conciliatórias.

Ao Programa de Pós-Graduação do Setor de Educação, **Linha de Pesquisa Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento Humano**, da Universidade Federal do Paraná por ter me acolhido e compartilhado o saber aqui produzido.

Aos meus colegas enfermeiros e grandes realizadores

**Maria Auxiliadora Lima** que, em nome do COREN-AM,

**Maria do Rozário de Fátima Borges Sampaio** que, em nome do COREN PI,

**Judith Willemann Flor** que, em nome do COREN-MS,

**Wilton José Patrício** que, em nome do COREN-ES,

**Jurandy Kern Barbosa** que, em nome do COREN-PR,

viabilizaram a coleta de dados desta pesquisa.

Aos **Enfermeiros Participantes** desta pesquisa no Amazonas, Piauí, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Paraná que, no anonimato, colaboraram para a riqueza de dados desta pesquisa.

Ao grande amigo **Marcello Ramella** que, no seu pragmatismo absoluto, quando todas as dificuldades pareciam intransponíveis e eu vacilava, me presenteou com o livro **Como se faz uma tese**, de Umberto Eco; e, apenas no gesto, até o último dia, me transmitiu a força necessária para levar esta pesquisa a termo.

À amiga e parceira de doutorado **Catarina Moro** que me mostrou o que é solidariedade, esperança e possibilidade de vitória.

Às amigas **Luciana, Gina e Rose**, parceiras maravilhosas nas aulas, na necessidade de ombro amigo e nas comemorações.

Às amigas **Simone, Michelle, Anny e Silvana** pela compreensão das sucessivas ausências.

À **Dirce Ferraz**, minha irmã e colega de PPGE/UFPR, que me garantiu os últimos dados necessários para a finalização deste trabalho.

Aos meus irmãos **Harley, Sinclair e Gládis Huf**, pelos telefonemas de incentivo, pela felicidade ao receber a notícia da minha defesa.

A **Lila-Peter** e **Carlos Eduardo-Marianny**, por serem a minha razão de viver.

Ao colaborador **Ebenézer Botelho**, do Departamento de Tecnologia da Informação do COFEN, pela presteza do atendimento no fornecimento de dados estatísticos.

**A batalha sanitária é uma  
questão suprapartidária;  
nenhuma pessoa, instituição,  
partido, agrupamento,  
categoria ou entidade enfrenta  
sozinha essa luta.**



Sérgio Arouca (1987)

## RESUMO

Esta pesquisa sobre aproximações e distanciamentos da atuação do enfermeiro frente à Política Nacional da Atenção Básica à Saúde, à regulamentação da enfermagem e à formação acadêmica teve como questão central a especificidade deste trabalho e, como objeto de estudo, a atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde (ABS), com objetivo de traçar o perfil do enfermeiro que atua na ABS, categorizar ações desenvolvidas, categorizar ações não desenvolvidas necessárias para melhorar resultados, investigar a participação do enfermeiro nas políticas públicas de saúde avaliar a contribuição dos conteúdos na formação do enfermeiro e analisar os conteúdos não incluídos necessários na atuação na ABS. A definição das unidades da federação resultou da análise dos dados geográficos, culturais, sociais e econômicos de cada Estado. A escolha dos sujeitos observou como critério inicial e indispensável ser enfermeiro da ABS, seguido por seleção aleatória simples. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná. Aceitaram participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, 75 enfermeiros, sendo 15 de cada região geográfica. Para a coleta de dados foi elaborado um questionário de questões fechadas e abertas, contemplando os objetivos da pesquisa. As questões fechadas foram representadas graficamente em termos percentuais simples e as questões abertas tiveram a análise de conteúdo proposta por Bardin. No perfil dos sujeitos predominou enfermeiros que atuavam em municípios do interior, eram do sexo feminino, possuíam idade entre 20 a 39 anos, tinham bacharelado em enfermagem e especialização, concentraram tempo de formação profissional entre 03 a 05 anos e com mais de 10 anos, atuavam na estratégia saúde da família, apresentaram tempo de atuação na ABS entre 01 a 03 anos e 05 a 10 anos, registraram ações não desenvolvidas que poderiam melhorar o cotidiano profissional, não participavam da proposição de políticas públicas de saúde, mas gostariam de participar e, participando do processo, atuavam na instância municipal. Das ações desenvolvidas e não desenvolvidas pelos sujeitos resultaram onze categorias temáticas, nominadas como ações: educativas em saúde, assistenciais nos programas de saúde, epidemiológicas, administrativas, de educação permanente, domiciliares, comunitárias, integradas da equipe multiprofissional, dirigidas a grupos, dirigidas ao indivíduo e consulta de enfermagem. A atuação nos Conselhos Municipais de Saúde predominou como forma de participação coletiva em saúde, acompanhada da capacitação em políticas públicas de saúde. A formação acadêmica revelou aproximação com os programas de saúde vinculados a áreas estratégicas da ABS. A análise dos conteúdos não incluídos na formação acadêmica revelou distanciamento destes com conteúdos vinculados ao SUS, à humanização em saúde, à atuação como educador e ao aprimoramento da capacidade técnica e científica. Esta pesquisa evidenciou o compromisso político e social do enfermeiro, na assistência, na pesquisa e no ensino, num incessante trabalho de conhecer as políticas públicas de saúde, ter o seu cotidiano de trabalho como oportunidade e ambiente para cumpri-las e buscar a participação coletiva para promover mudanças condizentes com as mesmas e vice-versa.

**PALAVRAS CHAVES:** Atenção básica à saúde, políticas públicas de saúde, regulamentação profissional da enfermagem e formação acadêmica do enfermeiro.

## **ABSTRACT**

This research approaches and distance of the nurse's performance against the National Primary Health Care Policy, the regulation of nursing and the academic core issue was how the specificity of this work and, as the object of study, the role of nurses in primary care health (PHC), aiming to draw the profile of the nurse who works in PHC, categorize actions developed, categorize actions not developed to improve results, to investigate the involvement of nurses in public health policies to assess the contribution of the training content of nurses and analyze the content not included but important to nurses in the PHC. The definition of units of the federation analysis of spatial data, cultural, social and economic developments in each state. The choice of subjects observed as initial and essential criterion is the PHC nurse, followed by simple random selection. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Division of Health Sciences, Federal University of Parana. Agreed to participate and signed the written informed consent, 75 nurses and 15 from each geographic region. For data collection a questionnaire was developed for closed and open questions, including the research objectives. The closed questions were graphically represented in percentage terms simple and open questions were content analysis proposed by Bardin. Predominated in the profile of the subjects that nurses working in the inner cities, were female, had aged 20 to 39 years, had bachelor's degree in nursing and expertise, have time for training between 03 to 05 years and over 10 years, working in family health strategy, presented in PHC time of action between 01 to 03 years and 05 to 10 years, registered shares not developed that could improve the daily work, did not participate in the proposed public health policies, but would like to participate and part of the proposition of public policy, working in the municipal body. The actions developed and not developed by the subjects were eleven thematic categories, named as actions: health education, health care programs, epidemiological, administrative, education, household, community, integrated team, aimed at groups and individuals and nursing consultation. The performance in Municipal Health Councils as predominant form of collective participation in health, together with training in public health policies. The academic approach to reveal the health programs linked to strategic areas of the PHC. The analysis of content not found in the academic content tied to the distance to the SUS, the human health, the role as educator and the improvement of technical and scientific capacity. This research highlighted the political and social commitment of nurses in care, research and education in a ceaseless work to meet the public health policies, to have his daily work as an opportunity and environment to meet them and get the collective participation to promote changes consistent with them and vice versa.

**KEY WORDS:** Primary health care, public health policy, nursing regulation and, nursing curricula.

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS BRASIL – 1994 – DEZEMBRO/2008 ....	67
GRÁFICO 2 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	122
GRÁFICO 3 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	122
GRÁFICO 4 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	123
GRÁFICO 5 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	123
GRÁFICO 6 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO SUL – PARANÁ .....	124
GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS, QUANTO À COLETA NAS CAPITAIS OU EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DOS ESTADOS – ÂMBITO NACIONAL .....	125
GRÁFICO 8 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO SEXO .....	125
GRÁFICO 9 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO SEXO .....	126
GRÁFICO 10 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO SEXO .....	126
GRÁFICO 11 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO SEXO .....	127
GRÁFICO 12 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO SEXO .....	127
GRÁFICO 13 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO SEXO .....	127
GRÁFICO 14 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO A IDADE .....	129
GRÁFICO 15 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO A IDADE .....	129
GRÁFICO 16 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO A IDADE .....	130
GRÁFICO 17 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO A IDADE .....	131
GRÁFICO 18 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO A IDADE .....	132
GRÁFICO 19 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO A IDADE .....	132
GRÁFICO 20 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .....	133
GRÁFICO 21 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .	134

GRÁFICO 22 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .....	135
GRÁFICO 23 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .....	136
GRÁFICO 24 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .....	137
GRÁFICO 25 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE .....	137
GRÁFICO 26 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	138
GRÁFICO 27 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	139
GRÁFICO 28 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	140
GRÁFICO 29 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	141
GRÁFICO 30 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	141
GRÁFICO 31 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	142
GRÁFICO 32 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .....	143
GRÁFICO 33 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .	144
GRÁFICO 34 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .....	144
GRÁFICO 35 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .....	145
GRÁFICO 36 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .....	146
GRÁFICO 37 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS .....	146
GRÁFICO 38 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS .....	147
GRÁFICO 39 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS .....	148

GRÁFICO 40 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS .....	149
GRÁFICO 41 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS .....	150
GRÁFICO 42 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL - PARANÁ, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS ..	151
GRÁFICO 43 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS .....	151
GRÁFICO 44 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	152
GRÁFICO 45 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	153
GRÁFICO 46 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	153
GRÁFICO 47 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	154
GRÁFICO 48 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	154
GRÁFICO 49 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – ÂMBITO NACIONAL .....	155
GRÁFICO 50 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	156
GRÁFICO 51 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	156
GRÁFICO 52 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	157
GRÁFICO 53 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	157
GRÁFICO 54 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	158
GRÁFICO 55 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL .....	158
GRÁFICO 56 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	159
GRÁFICO 57 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	160
GRÁFICO 58 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	160

GRÁFICO 59 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE- ESPÍRITO SANTO .....	161
GRÁFICO 60 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ ...	161
GRÁFICO 61 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL .....	162
GRÁFICO 62 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	163
GRÁFICO 63 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	163
GRÁFICO 64 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	164
GRÁFICO 65 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	164
GRÁFICO 66 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	165
GRÁFICO 67 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL .....	165

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – EDIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E TEMAS ABORDADOS .....	37
QUADRO 2 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	170
QUADRO 3 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	181
QUADRO 4 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	185
QUADRO 5 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	189
QUADRO 6 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	192
QUADRO 7 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – ÂMBITO NACIONAL .....	195
QUADRO 8 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	201
QUADRO 9 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	206
QUADRO 10 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL .....	209
QUADRO 11 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	214
QUADRO 12 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	217
QUADRO 13 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – ÂMBITO NACIONAL .....	219
QUADRO 14 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	222
QUADRO 15 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	225



QUADRO 16 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL.....	227
QUADRO 17 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	229
QUADRO 18 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	230
QUADRO 19 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL .....	231
QUADRO 20 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	233
QUADRO 21 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	235
QUADRO 22 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL ..	236
QUADRO 23 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO .....	237
QUADRO 24 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	238
QUADRO 25 – QUADRO DA FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – ÂMBITO NACIONAL .....	239
QUADRO 26 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS .....	242
QUADRO 27 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ .....	244
QUADRO 28 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL ..	246
QUADRO 29 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO.....	248

QUADRO 30 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUL – PARANÁ .....	250
QUADRO 31 – QUADRO DA FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRIAM PARA MELHOR ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – ÂMBITO NACIONAL .....	252

## **LISTA DE ESQUEMAS**

ESQUEMA 1 – O SISTEMA DE SAÚDE E SEUS SUBSISTEMAS .....	53
---	----

## **LISTA DE FIGURAS**

FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO DO BRASIL NO CONTEXTO MUNDIAL .....	99
FIGURA 2 – MAPA DA AMÉRICA DO SUL .....	100
FIGURA 3 – DIVISÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA DO BRASIL COM DESTAQUE ÀS REGIÕES GEOGRÁFICAS .....	101

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS BRASILEIROS DE 1990 A 2008 .....	102
TABELA 2 – QUANTITATIVO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR RAÇA ....	103
TABELA 3 – QUANTITATIVO DE ENFERMEIROS POR SEXO, POPULAÇÃO BRASILEIRA E NÚMERO DE HABITANTES/ENFERMEIRO, DISTRIBUÍDOS POR REGIÃO GEOGRÁFICA E UNIDADE DA FEDERAÇÃO .....	106

## **LISTA DE SIGLAS**

ABED – Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas  
ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem  
ABS – Atenção Básica à Saúde  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
ACD – Auxiliar de consultório dentário  
AIS – Ações Integradas de Saúde  
CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CDS – Conselho de Desenvolvimento Social  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEF – Caixa Econômica Federal  
CEME – Central de Medicamentos  
CES – Câmara de Educação Superior  
CFE – Conselho Federal de Educação  
CIE – Conselho Internacional de Enfermeiros  
CIOMS – Conselho Internacional das Organizações das Ciências Médicas  
CIPLAN – Comissão Interinstitucional de Planejamento  
CNE – Conselho Nacional de Educação  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DATAPREV – Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social  
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery  
ENADE – Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FAS – Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social  
FIOCRUZ – Instituto Osvaldo Cruz  
FSESP – Fundação Serviço Especial de Saúde Pública  
FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
GM – Gabinete Ministerial  
LBA – Legião Brasileira de Assistência  
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
IAIA – Instituto de Assuntos Interamericanos  
IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social  
IAPB – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários  
IAPC – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes  
IAPFESP – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos  
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários  
IAPM – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos  
IAPTEC – Instituto de Aposentadoria dos Trabalhadores em Transporte e Cargas

IES – Instituição de Ensino Superior  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IPASE- Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Servidores do Estado  
MEC – Ministério da Educação  
MRSB – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira  
MS – Ministério da Saúde  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PNAB- Política Nacional de Atenção Básica  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PPA – Plano de Pronta Ação  
PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PSF – Programa Saúde da Família  
REME – Movimento de Renovação Médica  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SAMDU – Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
SAMHPS – Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social  
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social  
SNS – Sistema Nacional de Saúde  
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
THD – Técnico de higiene dental  
WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	21
1.1 JUSTIFICATIVA	24
1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA	26
1.3 OBJETIVOS	27
1.3.1.1 Objetivo geral	27
1.3.1.2 Objetivos específicos	27
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	29
2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	29
2.1.1 Percurso histórico	29
2.1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)	51
2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	59
2.2.1 Percurso histórico	59
2.2.2 Programa Saúde da Família	65
2.2.3 Política Nacional de Atenção Básica	70
2.3 REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM	72
2.3.1 Percurso histórico	72
2.3.2 Atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde	81
2.4 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO	85
2.4.1 Percurso histórico	85
2.4.2 Perfil profissional recomendado pelo MEC	87
2.4.3 Currículo Nacional Básico	90
<b>3 MÉTODO</b>	95
3.1 TIPO DE PESQUISA	95
3.2 CAMPO DE ESTUDO	99
3.3 SELEÇÃO DE PARTICIPANTES	105
3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	108
3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS	114
3.6 QUESTÕES ÉTICAS DA PESQUISA	117
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	121
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	254
<b>REFERÊNCIAS</b>	274
<b>ANEXOS</b>	282

## 1. INTRODUÇÃO

A motivação para este trabalho decorreu da vivência profissional da pesquisadora quando, a partir de 2001, esta teve a oportunidade de integrar a Junta Diretiva do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)<sup>1</sup> e, conseqüentemente, desenvolver uma visão global do exercício da enfermagem ao redor do mundo. Nessa vivência foi possível constatar que o Brasil é referência mundial em políticas públicas de saúde e na regulamentação do exercício da enfermagem, dado este reconhecido tanto pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>2</sup> (WHO, 2009) quanto pelo CIE.

No entanto, no cotidiano da atenção à saúde, ao ouvir declarações de usuários e trabalhadores da referida área e na constante divulgação de notícias pela mídia, constata-se a desatenção à saúde. Filas enormes nas madrugadas ou de um dia para outro, meses de espera para agendamento de consultas ou exames, saguões e corredores dos serviços de saúde lotados, falta de cortesia no atendimento em unidades de saúde, prepotência de ‘seguranças’ diante da ansiedade do usuário por assistência, desacato aos usuários da saúde pela situação de constrangimento criada através das placas de aviso contendo o art. 331<sup>3</sup> do Código Penal Brasileiro, pacientes aguardando por vagas em macas por vários dias, desabafo de usuários com a fala: *‘Ah! Se eu tivesse dinheiro para pagar’* fazem parte de ocorrências que comprovam o desrespeito ao direito à saúde e a oferta de serviços na atenção à saúde que não reproduzem o grau de excelência referendado pela normatização da saúde.

---

<sup>1</sup> CIE – O Conselho Internacional de Enfermeiros é uma federação de 129 associações nacionais de enfermeiros, representando milhões de enfermeiros ao redor do mundo. Dirigido por enfermeiros desde 1899, o CIE é a voz internacional da enfermagem e trabalha para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem para todos e influenciar globalmente nas políticas públicas de saúde.

<sup>2</sup> OMS – A Organização Mundial da Saúde é a autoridade diretiva e coordenadora para a saúde no sistema das Nações Unidas. É responsável em prover a liderança nas questões de saúde global, formando a agenda de pesquisa em saúde, estabelecendo diretrizes e princípios, articulando opções da política baseada em evidências, garantindo suporte técnico para os 193 países membro e monitorando e avaliando tendências em saúde.

<sup>3</sup> Art. 331 – Desacatar funcionário público no exercício da sua função ou em razão dela: Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos ou multa. Ver NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 9. ed. São Paulo, RT, 2009.

Numa análise inicial, tal realidade sugere que normas estabelecidas pelo poder legislativo e pelos órgãos de regulação da saúde ou do exercício profissional não garantem por si só a organização e a qualidade pretendidas para os serviços de saúde, uma vez que dependem diretamente da competência dos atores envolvidos na implementação da previsão legal, quer seja dos sistemas de saúde, quer seja das regulamentações profissionais.

Das diversas participações em atividades do CIE, a pesquisadora pode identificar elementos importantes para o desenvolvimento desta tese, tendo acompanhado discussões mundiais quanto às rápidas mudanças estruturais dos sistemas de saúde ao redor do mundo, ordenando a necessidade da revisão dos modelos de gestão, regulação, educação e trabalho em saúde, dada a consolidação da corrente de pensamento que reconhece a determinação social da saúde e o direito à mesma como realização de justiça social.

No CIE, seguindo recomendações da OMS, a educação e o trabalho em enfermagem lideram o rol das discussões, ambas dirigidas para as ações profissionais, com o objetivo de garantir a atuação de enfermeiros capazes de, *“fazendo a diferença, fazer o melhor uso possível de todos os recursos disponíveis, a fim de garantir a assistência à saúde com qualidade para todos”* (WHO, 2009).

Ao tratar de ações profissionais em enfermagem, o CIE as estabelece como diretrizes distintas para a educação e para o trabalho, considerando as especificidades dos processos educativo e laborativo, bem como a articulação intrínseca entre ambos, transferindo os referenciais de saberes e de qualificação para a educação e o trabalho, respectivamente, uma vez que a qualidade de ambos garante, direta ou indiretamente, a qualidade da assistência à saúde. Tal qualidade emerge quando a formação profissional aponta para as prioridades de saúde da população e a acessibilidade plena dos usuários aos serviços na referida área social com qualidade para todos.



Em 2005, a Organização Pan-americana de Saúde<sup>4</sup> (OPAS), atendendo a recomendações da OMS, efetuou um chamado à ação para a Década de Recursos Humanos em Saúde (2006-2015), com a finalidade de promover, desenvolver e fortalecer a força de trabalho em saúde nas Américas, atentando para três princípios, a saber: 1) os recursos humanos são a base do sistema de saúde, 2) o trabalho em saúde é um serviço público e uma responsabilidade social, e 3) os trabalhadores de saúde são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema de saúde (BRASIL, 2006b, p. 3-4). Com esta visão, em tempo propício, este trabalho visa estabelecer as aproximações e os distanciamentos da formação acadêmica e da atuação profissional do enfermeiro na atenção básica à saúde que, por sua vez, constitui o campo de ação prioritário da política nacional de saúde brasileira.

---

<sup>4</sup> Organização Pan-americana de Saúde é um organismo internacional de saúde pública que atua como Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas e faz parte dos sistemas da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização das Nações Unidas (ONU), com a finalidade de melhorar as condições de saúde nos países das Américas.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Reconhecendo a possibilidade de propiciar assistência à saúde compatível com a excelência das atuais políticas públicas e com a solidez da legislação profissional da enfermagem brasileira, este estudo tem por finalidade analisar as aproximações e os distanciamentos da atuação do enfermeiro na atenção básica à saúde (ABS), frente à Política Nacional da Atenção Básica<sup>5</sup> (PNAB), à regulamentação do exercício profissional da enfermagem e à formação acadêmica do enfermeiro.

No Brasil, a PNAB constitui o conjunto de prioridades políticas atuais apresentadas pelo Ministério da Saúde (MS) e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), seguindo a tendência mundial em saúde de superar a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, para um modelo centrado na saúde, consolidando a equação assistencial básica de: menos doença, mais vida. Tal modelo é desenvolvido através de práticas democráticas e participativas, de ordem gerencial e sanitária, sob a forma do trabalho em equipe, tendo como estratégia principal o Programa Saúde da Família (PSF) que, cumprindo os princípios fundamentais da atenção à saúde (integralidade, qualidade, equidade e participação social) (NEGRI, 2000, p. 7), está consolidado como modelo de ABS e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006a, p. 10).

Na ABS, o enfermeiro ocupa um papel central nas equipes de trabalho de todos os programas de saúde, dado este que exige maior grau de criatividade e autonomia no desempenho das suas atribuições, uma vez que a ABS é a porta de entrada preferencial do SUS e o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde (BRASIL, 2006b, p.10).

Inicialmente, este trabalho seguiu indicativos da vivência profissional da pesquisadora, relativos à possível contribuição do enfermeiro na consolidação do SUS e no cumprimento dos princípios da PNAB, atuando na ABS em conformidade ao que determina a legislação sanitária e profissional. Assim, poder-

---

<sup>5</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída pela Portaria nº. 648/GM/MS, de 28 de março de 2006b, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

se-ia inferir que, caso os enfermeiros que atuam na ABS tivessem um conhecimento adequado sobre o SUS, a PNAB e a regulamentação profissional, não prevaleceria o acentuado *deficit* de qualidade na atenção básica em saúde no Brasil, incluindo a carência de qualidade na assistência de enfermagem; bem como, a defasagem entre as normas vigentes e a realidade atual. O conhecimento, traduzido em competência profissional na ABS, está igualmente relacionado com a formação profissional e com a efetivação de programas de educação permanente, dirigidas às políticas públicas em saúde e à regulamentação profissional em enfermagem. Portanto, ao prosseguir na investigação sobre a prática do enfermeiro na ABS e a sua formação profissional, tendo por base a vivência profissional da pesquisadora, associada a apreensões empíricas e concretas da realidade, foram levantadas as seguintes questões norteadoras:

1. As atribuições gerais e específicas requeridas na prática do enfermeiro na ABS atendem os princípios gerais e os fundamentos da PNAB?

2. Os cursos de graduação em enfermagem atendem ao perfil profissional estabelecido pela legislação educacional, frente às demandas requeridas pela ABS?

2. O enfermeiro brasileiro participa ativamente na definição das políticas públicas de saúde?

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Quais as aproximações e os distanciamentos da atuação do enfermeiro frente à Política Nacional da Atenção Básica à Saúde, à regulamentação do exercício profissional da enfermagem e à formação acadêmica?

### 1.3 OBJETIVOS

#### Geral

Analisar as aproximações e os distanciamentos da atuação do enfermeiro frente à Política Nacional da Atenção Básica à Saúde, à regulamentação do exercício profissional da enfermagem e à formação acadêmica.

#### Específicos

1) Selecionar a amostragem composta por enfermeiros que atuam na ABS em uma unidade da federação de cada região geográfica brasileira, visando identificar as diferenças regionais quanto ao objetivo geral.

2) Traçar o perfil do enfermeiro que atua na ABS em cada unidade da federação pesquisada.

3) Categorizar as ações desenvolvidas pelos enfermeiros na ABS, consideradas de maior relevância no cotidiano do profissional, frente aos resultados obtidos, visando dimensionar as aproximações e os distanciamentos das atribuições estabelecidas legalmente.

4) Categorizar as ações apontadas como necessárias pelos enfermeiros na ABS, mas não desenvolvidas.

5) Investigar as formas e as instâncias de participação do enfermeiro que atua na ABS no processo de proposição das políticas públicas de saúde que norteiam o seu trabalho.

6) Avaliar a contribuição dos conteúdos das disciplinas do currículo de formação acadêmica do enfermeiro que atua na ABS, visando identificar a relação teoria e prática na atuação profissional, segundo a concepção dos mesmos.

7) Analisar os conteúdos apontados como não incluídos nos currículos de formação do enfermeiro que atua na ABS e que segundo eles fazem falta na profissionalização, frente ao recomendado nas Diretrizes Curriculares Nacionais determinadas pelo CNE.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

#### 2.1.1 Percurso Histórico

Num panorama mundial, a saúde como marco de direito social, hoje integrando os direitos humanos, possui uma história recente. A formulação de políticas públicas de saúde como resposta social aos problemas e necessidades de saúde da população teve o seu primeiro momento a partir da revolução industrial, em meados do século XVIII, na Inglaterra<sup>6</sup>. Como a produção industrial dependia da força humana de trabalho e esta das condições de saúde dos trabalhadores, surgiram nesse período os primeiros registros de políticas sociais na área de saúde como direitos civis. No século XIX, as diretrizes de saúde prevaleceram como direito político, sendo que, somente no século XX, estas passaram a ser reconhecidas como direitos sociais, garantidos através de políticas públicas.

Com a necessidade imposta pelo modelo capitalista industrial, no final do século XVIII e início do século XIX, a assistência à saúde passou da medicina individual à medicina coletiva ao que Foucault (2006, p. 80) afirma: *“o capitalismo [...] socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. [...] O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”*.

Ao estudar a trajetória das políticas públicas de saúde no contexto global, Kelly e Symonds (2003, p. 2) também citam o pensamento de Michel Foucault como suporte teórico para a compreensão do poder da medicina e de discursos aliados na construção dos serviços de saúde dos governos modernos. Apesar de Foucault não ter aplicado as suas teorias diretamente na construção de políticas públicas de saúde, Kelly e Symonds (2003) argumentam que, ao Foucault identificar os mecanismos de controle e do exercício de poder na garantia da ordem social como o principal problema dos estados modernos emergentes no

---

<sup>6</sup> Para consulta sobre as condições de trabalho, moradia, família e saúde do trabalhador urbano-industrial, no período da revolução industrial na Inglaterra, entre os séculos XVIII e XIX, ver ENGLÉS, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo, Boitempo, 2008.

final do século XVIII, é possível compreender o aumento da intervenção governamental na implementação das políticas públicas de saúde, a determinação do poder médico e o desenvolvimento das políticas educacionais em saúde.

A apresentação das políticas públicas de saúde do Brasil e os seus resultados, em ordem cronológica aos momentos históricos nacionais, tal qual relatado neste estudo, tiveram como finalidade destacar aspectos relevantes da saúde brasileira que, na linguagem de Foucault (2004, p. 171), intercalaram relações de poder com as necessidades de controle, sendo que, em alguns eventos, estabeleceu-se “*uma proporção direta entre o ‘mais poder’ e a ‘mais produção’*” – nesta pesquisa ‘mais saúde’.

No Brasil, o empenho público na melhoria das condições sanitárias surgiu no decorrer da Primeira República (1889-1930). O processo de imigração, seguido pelo início do processo de industrialização, e a formação de cidades que determinavam a aglomeração de pessoas em condições sanitárias precárias favoreciam a propagação de doenças infecto-contagiosas e parasitárias. Nessa época, a atenção sanitária era dirigida, predominantemente, entre o Rio de Janeiro e a cidade de Santos, eixo fundamental para assegurar a dinâmica de importação e exportação e a incrementação da política de imigração.

Anteriormente, no período do Brasil Império, com a finalidade de conter epidemias, medidas sanitárias de controle portuário haviam sido instituídas, as ações de saúde pública eram limitadas ao controle de navios e saúde dos portos e à vacinação contra a varíola. O Decreto nº 268, de 29 de janeiro de 1843, instituiu as Inspeções de Saúde dos Portos, seguindo-se: o Decreto nº 598, de 14 de setembro de 1850, que estabeleceu a Junta Central de Higiene Pública com finalidade de conter epidemias; e, o Decreto nº 9.554, de 03 de fevereiro de 1886, que reorganizou o serviço sanitário dos portos, instituindo a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos.

Com o advento da República, foi criado o Conselho de Saúde Pública que, além da saúde portuária e controle de epidemias, implantou legislação sobre condições de trabalho industrial, constituindo a primeira iniciativa governamental na área da saúde ocupacional. Posteriormente, foi organizada a Diretoria Sanitária, através do Decreto nº 1.172, de 17 de dezembro de 1892, que ficou responsável, na Capital Federal, pelos serviços executados anteriormente pela



Junta Central de Higiene Pública e pela Inspetoria Geral de Saúde dos Portos. Na mesma data, foi criado o Laboratório de Bacteriologia, através do Decreto nº 1.171, sendo que este nunca entrou efetivamente em funcionamento. Assim, em 1894, frente à ameaça da epidemia de cólera, através do Decreto nº 1.647, de 12 de janeiro, foi criado o Instituto Sanitário Federal, resultando da fusão do Laboratório de Bacteriologia com a Diretoria Sanitária.

Três anos mais tarde, através do Decreto nº 2.449, de 1º de fevereiro de 1897, os serviços de higiene da União, executados pelo Instituto Sanitário Federal e a Inspetoria Geral de Saúde dos Portos, foram unificados, constituindo a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP)<sup>7</sup>, vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores que, entre 1897 a 1930, concentrou atenção a medidas de saneamento e combate a epidemias de cólera, varíola, febre amarela, peste bubônica, entre outras.

Em 1902, o presidente Rodrigues Alves lançou o programa de saneamento do Rio de Janeiro e o combate à febre amarela urbana em São Paulo. O modelo pretendido de atenção à saúde ficou conhecido como a vertente do sanitarismo campanhista/policial, com caráter autoritário, fundamentado no modelo alemão da polícia médica. Oswaldo Cruz foi personagem de destaque nesse processo, defendendo a concepção ontológica e unicausal<sup>8</sup> das doenças. Tendo assumido a direção da DGSP no período de 1903 a 1908, mediante a vacinação compulsória associada ao saneamento e ao controle de vetores, Oswaldo Cruz conseguiu erradicar a febre amarela no Rio de Janeiro, diminuiu a mortalidade pela peste e acabou com a epidemia da varíola (RIZZOTTO, 1999, p. 17).

Apesar dos resultados epidemiológicos favoráveis, o modelo sanitaria campanhista/policial foi muito contestado na época, devido à adoção de medidas autoritárias, pois a execução das ações de saúde ficava a cargo da polícia sanitária, das brigadas de mata-mosquitos e das delegacias sanitárias, tendo

---

<sup>7</sup> A DGSP era o órgão que, comparado com a atual estrutura do governo federal, equivaleria ao Ministério da Saúde.

<sup>8</sup> Compreensão de que as doenças transmissíveis e parasitárias têm como única causa o meio físico, prevalecendo a adoção de medidas sanitárias para o extermínio dos focos e vetores de doenças e a separação do universo dos sadios daquele dos doentes e/ou contaminados, permitindo que o lado sadio se imponha.

resultado na histórica “Revolta da Vacina”<sup>9</sup>. Rizzotto (1999, p. 17) observa que “as práticas sanitárias realizadas pelos serviços públicos se concentravam, por consequência, na desordem urbana, no combate às doenças epidêmicas, no desregramento moral, na higiene e no controle dos hábitos da sociedade.” Tal insatisfação mobilizou sanitaristas, liderados por Carlos Chagas e assessorados pela Fundação Rockefeller, a defender um novo modelo de saúde que, paralelo a medidas de saneamento e campanhas sanitárias, estruturasse serviços ambulatoriais permanentes de combate a determinadas doenças, constituindo as “Redes Locais Permanentes”.

Em 1920, a DGSP foi transformada no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), tendo Carlos Chagas à sua frente. As ações sanitárias da época constituíam apoio ao modelo econômico agro-exportador<sup>10</sup>, especialmente cafeeiro, garantindo condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção agrícola e na exportação dos produtos. O Estado brasileiro passou a acentuar a sua intervenção no setor saúde, mediante ações de saneamento nos portos, em especial o de Santos e do Rio de Janeiro, e, paralelamente, assumindo obrigações financeiras na assistência à saúde da população. O modelo sanitário defendido por Chagas exigia a implantação de Unidades de Saúde Locais e Permanentes, com a formação de uma equipe de saúde que atuasse junto à população, surgindo a figura da enfermeira-visitadora no desempenho do papel de educadora sanitária, dado este que constituiu o marco da institucionalização da enfermagem moderna no Brasil, mediante a necessidade de formar enfermeiras de acordo com o modelo sanitário pretendido.

---

<sup>9</sup> Levante popular que, em oposição ao processo autoritário de higienização e reestruturação da cidade do Rio de Janeiro, eclodiu após a aprovação pelo Congresso Nacional da Lei n° 1.261, de 13 de outubro de 1904, que tornava obrigatória a vacinação e revacinação contra a varíola. Considerada a mais grave revolta brasileira, ocorrida no período de 10 a 16 de novembro do mesmo ano, resultou em mortos, feridos e presos submetidos a maus-tratos e deportados para o Acre (PORTO, 2003). Aquino et. al. (2002) relata a violência tanto da vacina obrigatória quanto da repressão à revolta da vacina, descrevendo que as pessoas eram presas sem direito à defesa, centenas foram enviadas para a Ilha das Cobras ou para navios-prisão. Para compreensão mais aprofundada sobre o assunto, ver ainda o livro “**A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes”, da autoria de Nicolau Sevcenko, publicado pela editora Scipione, no ano de 1993.

<sup>10</sup> Modelo econômico limitado, basicamente, à exploração dos recursos naturais esgotáveis e à produção de produtos primários exportáveis, tendo constituído o padrão econômico do Brasil de 1500 até o início do século XX.

Objetivando a formação de enfermeiras, Carlos Chagas idealizou a instalação da Escola de Enfermeiras do DNSP, legalmente prevista no Decreto nº 15.799, de 10 de novembro de 1922, que aprovava o regulamento do Hospital Geral de Assistência do DNSP. O trabalho inicial de organização da Escola de Enfermeiras teve como diretriz o sistema de ensino nightingaleano<sup>11</sup> que, originado na Inglaterra, era praticado nos Estados Unidos havia cinquenta anos, ao que, para assegurar a precisão histórica, Oguisso (2007) faz referência ao sistema nightingaleano-americano ou anglo-americano<sup>12</sup>. O primeiro vestibular para alunas enfermeiras e visitadoras foi realizado em 29 de janeiro de 1923. Em 19 de fevereiro do mesmo ano, foi matriculada a primeira classe, constituída por 14 alunas enfermeiras e 36 alunas visitadoras, data esta que ficou registrada como a data da fundação da Escola, sob a direção da enfermeira americana Clara Louise Kieninger (AGUINAGA, 1977).

A criação da Escola foi oficializada pelo Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Contraditoriamente, o curso destinado a formar enfermeiras para atuar em saúde pública foi estabelecido junto ao hospital do DNSP<sup>13</sup> e o projeto da “Rede Local Permanente” deu lugar ao modelo “Vertical Permanente Especializado” que organizava *“os serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, e que atuam paralelamente, utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária da medicina curativa”* (MERHY<sup>14</sup>, 1992 *apud* RIZZOTTO, 1999, p. 22). Desse modo, a enfermagem na saúde pública só atuou nos programas de combate à tuberculose, no qual a Fundação Rockefeller tinha particular interesse em investir.

Politicamente, o modelo “Vertical Permanente Especializado” foi defendido pelo movimento nacionalista que prevaleceu no período anterior à Revolução de

---

<sup>11</sup> Sistema de ensino em enfermagem implantado por Florence Nightingale, em 1860, marco da institucionalização da enfermagem no contexto mundial.

<sup>12</sup> Por esse motivo, neste trabalho será mantida a fidelidade ao termo defendido por Oguisso (2003), transpondo todas as referências ao sistema nightingaleano no Brasil, para sistema anglo-americano.

<sup>13</sup> Criar as escolas de enfermagem junto a hospitais era uma das características do sistema de ensino nightingaleano.

<sup>14</sup> MERHY, E. E. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

30, contrário a interferências estrangeiras nos assuntos nacionais, principalmente se fosse americana. Como o projeto da “Rede Local Permanente, defendido por Carlos Chagas, *“tinha como matriz o modelo americano, não se firmou nessa conjuntura política”* (RIZZOTTO, 1999, p. 22). Desse modo, o perfil de enfermeiras como educadoras em saúde, pretendido na criação da Escola de Enfermeiras do DNSP, não foi concretizado. As práticas de saúde pública adquiriram características do modelo biomédico<sup>15</sup> e, posteriormente, prevaleceu um sistema de saúde hospitalocêntrico<sup>16</sup>.

Com a demanda favorável à assistência individual e curativa, uma vez que, inicialmente, estavam restritas às pessoas que podiam arcar com os custos, as empresas passaram a oferecer benefícios sociais aos seus trabalhadores e, de forma gradativa, esses foram estendidos à área da saúde. Daí, o Decreto Legislativo nº 4.682, de 23 de janeiro de 1923, sancionado pelo Presidente Artur Bernardes, conhecido como Lei Eloy Chaves, constituiu o marco inicial do seguro social no Brasil, através da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) que, organizadas pelas empresas, ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.

Num primeiro momento, o sistema CAPS atendeu ferroviários, marítimos e estivadores. Posteriormente, os benefícios da Lei Eloy Chaves foram estendidos aos empregados de serviços telegráficos, água, energia, transporte aéreo, gás, mineração, entre outros. Inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativo, determinando grandes diferenças entre os planos de benefícios. *“Cada órgão estabelecia o seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições”*. Ao final de 1932, existiam 140 CAPS, com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas (MERCADANTE, 2002, p.237).

A partir de 1933, no governo Vargas, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que, como entidades de proteção social, eram

---

<sup>15</sup> Modelo tecnicista e reducionista da assistência à saúde, centrado na etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças, sem considerar os ambientes físico e social nos quais os problemas de saúde acontecem.

<sup>16</sup> Sistema no qual o hospital é a referência central e a porta de entrada para a assistência à saúde.

organizados por categorias profissionais. O primeiro IAP foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), criado através do Decreto nº 22.872/33, de 29 de junho de 1933, seguidos por vários outros, tais como: IAPTEC dos trabalhadores em transporte e cargas, IAPC dos comerciários, IAPI dos industriários, IAPB dos bancários e IPASE dos servidores estaduais. O último IAP a ser criado foi o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP), através do Decreto nº 34.586, de 12 de novembro de 1953. Segundo Paulus Jr. e Cordoni Jr. (2006 p.14), *“o modelo inicial da assistência médica não era universal e baseava-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuíam para a previdência, ou seja, aqueles ‘com carteira assinada’.*

Por iniciativa do governo Vargas, em 1930, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde. Até então, as ações de atenção à saúde que haviam sido de caráter predominantemente coletivo, adquiriram características compatíveis com a assistência médica individual e curativa, devido à mudança do padrão econômico brasileiro de agro-exportador para urbano-industrial que transferiu a atenção à saúde do saneamento para a manutenção do corpo, elemento agregador de lucros na cadeia produtiva emergente. Tal mudança aconteceu mediante ampla reforma administrativa e política instituída por Vargas que, culminando com a Constituição de 1934 e o Estado Novo em 1937, determinou a centralização das políticas públicas, com maior participação estatal, desenvolvidas em medidas essencialmente populistas – característica marcante da ditadura Vargas (BERTOLLI FILHO, 1998, p. 31).

Ainda no governo Vargas, foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde e de Educação quando, através da Lei nº 378/37, de 13 de janeiro de 1937, houve uma nova organização do Ministério da Educação e Saúde, sendo as Conferências parte do novo processo de trabalho previsto para as áreas da educação e da saúde. Tais conferências tinham por finalidade *“facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes à educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e de saúde, bem como na concessão do auxílio e da subvenção federais”*, conforme preceituava o art. 90, da referida Lei. Igualmente, por previsão legal, as Conferências Nacionais de Educação e de Saúde deveriam ser

convocadas pelo Presidente da República, com intervalos máximos de dois anos, com a participação de autoridades administrativas do Ministério da Educação e Saúde e Unidades da Federação.

A I Conferência Nacional de Saúde aconteceu no período de 10 a 15 de novembro de 1941, tendo sido convocada através do Decreto nº 6.788, de 30 de janeiro de 1941. A Organização Sanitária Estadual e Municipal foi o tema central da Conferência, com desdobramentos para os seguintes problemas de saúde e da assistência: ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; e, plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.

Na convocatória da I Conferência Nacional de Saúde, o Ministro Gustavo Capanema, Ministro da Educação e da Saúde na época, expediu documento explanatório a todos os governantes estaduais, esclarecendo que as Conferências Nacionais tinham por finalidade

firmar princípios e entendimentos de articulação do Ministério da Educação e da Saúde com as administrações estaduais e, por intermédio destas, com as administrações municipais, tudo a fim de que a educação e a saúde, em todo o território do país, se organizem em termos de serviços públicos nacionais convenientemente racionalizados, mediante a cooperação das três ordens da administração pública, – a federal, a estadual e a municipal, – com a participação ainda dos serviços da iniciativa particular (grifo nosso). (BRASIL, 1941, p. 8).

Na implantação das Conferências Nacionais não houve a previsão da participação democrática dos trabalhadores e dos usuários da saúde, mediante a presença destes nos espaços de proposições e deliberações das medidas sanitárias a serem desenvolvidas. As Conferências aconteciam somente entre os gestores estaduais da saúde com as autoridades do Ministério da Educação e Saúde. A cooperação da esfera municipal era obtida de forma indireta, através dos governos estaduais. No entanto, os serviços da iniciativa particular tinham previsão e garantia direta de participação. Era desejada uma organização 'convenientemente racionalizada' da educação e da saúde como serviços públicos nacionais, dado este que retrata a prevalência do modelo biomédico e hospitalocêntrico na época e que, décadas depois, constituiu a alavanca para o

movimento de reforma sanitária, pretendendo um modelo participativo e de controle social.

Integrando a convocatória da I Conferência Nacional de Saúde, foi remetido um questionário, a fim de que cada governante estadual, com “*esclarecida e patriótica atenção*” (BRASIL, 1941, p. 8), relatasse a situação da saúde e da assistência da unidade federativa sob a sua jurisdição. Com isso, o governo federal centralizava as informações, adotando medidas sanitárias de caráter nacional, ‘convenientemente racionalizadas’. Vale destacar que, na história brasileira, o governo Vargas constituiu a etapa inicial do empenho estatal nos investimentos sociais e econômicos na assistência à saúde. No entanto, o exercício do poder era centralizado, articulando autoritarismo político com modernização econômica, sob um pano de fundo nacionalista e fascista de controle e vigilância, com fortalecimento da máquina pública e da burocracia.

Desse modo, o questionário da saúde para a I Conferência Nacional de Saúde foi composto por 106 perguntas, a serem respondidas de forma descritiva, abordando questões relativas à organização geral da administração da saúde, pesquisas científicas, medicina preventiva em geral, tuberculose, lepra, doenças venéreas, malária, outras endemias, saneamento, nutrição, educação sanitária, fiscalização do exercício da medicina, bioestatística, proteção à maternidade e à infância e rede assistencial de saúde, como medida autoritária de controle e vigilância, numa proposição de controle própria da Era Vargas.

A análise da evolução das Conferências Nacionais de Saúde, comparada a marcos históricos nacionais e a determinações da conjuntura internacional, por si só, assegura uma compreensão da trajetória histórica e ideológica das políticas públicas de saúde no Brasil, apontando caminhos a seguir, conforme estudos de Krüger (2005).

O Quadro 1 traduz de forma concisa as datas e os temas abordados nas treze edições das Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2009c), sendo possível verificar que, até a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, as Conferências Nacionais de Saúde tiveram o papel de promover a troca de informações entre a área da saúde e o governo federal, a fim de facilitar o controle e o fluxo de recursos da União para a área. A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde e, formalmente, a partir da Lei nº 8.142/90, as Conferências assumiram

um caráter propositivo, passando a ter a responsabilidade de avaliar a situação de saúde e indicar as diretrizes para a formulação da política de saúde. Foi também a Lei nº 8.142/90 que determinou a periodicidade quadrienal da realização das Conferências Nacionais de Saúde e a participação dos vários segmentos da saúde – governo, prestadores de serviço, profissionais e usuários.

Nº	Data	Temas
1ª	10 a 15/ 11/1941	Organização sanitária estadual e municipal
2ª	21/11 a 02/12/1950	Criação do Ministério da Saúde
3ª	09 a 15/12/1963	Plano Nacional de Saúde para a União, Estados e Municípios Situação Sanitária da População brasileira
4ª	30/08 a 04/09/1967	Recursos Humanos para as atividades de saúde
5ª	05 a 08/08/1975	Implementação do Sistema Nacional de Saúde Programa de saúde Materno-infantil Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica Programa de controle das grandes endemias Programa de extensão das ações de saúde às populações rurais
6ª	01 a 05/08/1977	Situação atual do controle das grandes endemias Operacionalização dos novos diplomas legais básicos Interiorização dos serviços de saúde Política Nacional de Saúde
7ª	24 a 28/03/1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª	17 a 21/03/1986	Diretrizes para criação do SUS Saúde como direito Reformulação do sistema nacional de saúde Financiamento do setor
9ª	09 a 14/08/1992	Municipalização é o caminho
10ª	02 a 06/09/1996	SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida
11ª	15 a 19/12/2000	O Brasil falando como quer ser tratado Efetivando o SUS Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª	07 a 11/12/2003	Conferência Sérgio Arouca Saúde é um Direito de Todos e Dever do Estado – A Saúde que Temos e o SUS que Queremos.
13ª	14 a 18/11/2007	Saúde e Qualidade de Vida: Políticas de Estado e Desenvolvimento.

QUADRO 1 – EDIÇÕES DAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE E TEMAS ABORDADOS  
FONTE: A Autora (2009)

Na atualidade, as Conferências Nacionais de Saúde têm por objetivo estabelecer diretrizes e propostas estruturantes de grande força, por sua centralidade, coerência, legitimidade social e capacidade de galvanizar os gestores e o movimento social em torno de sua realização. Abordando diferentes temas a cada edição, conforme apresentado no Quadro I, as Conferências de Saúde constituem o coroamento de um processo ascendente e seletivo, com maior potencial resolutivo de suas etapas preparatórias, cabendo aos seus organizadores a democratização das informações para permitir aos delegados deliberarem o essencial à saúde brasileira com conhecimento e competência.



Retornando ao relato cronológico da trajetória das políticas públicas de saúde no Brasil, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), através do Decreto nº 4.275, de 17 de abril de 1942, com estatuto jurídico especial e autonomia em relação ao Ministério da Educação e Saúde, financiado por recursos nacionais e internacionais, respaldado em acordo bilateral do Brasil e Estados Unidos. O SESP tinha por finalidade implantar e consolidar, em território brasileiro, as diretrizes do Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA) que consistiam em *“proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam, na época, uma inestimável contribuição do Brasil ao esforço de guerra das democracias no desenrolar da Segunda Guerra Mundial”* (MERCADANTE, 2002, p. 239).

Segundo Campos (2006), apesar das críticas contrárias ao SESP, por considerá-lo uma iniciativa elitista, imperialista e bélica, suas políticas sanitárias contribuíram para as aspirações de expansão da autoridade pública no país durante a Era Vargas, através do processo de interiorização da saúde na Amazônia, no Nordeste e no Vale do Rio Doce, com políticas de saúde dirigidas às necessidades das populações. Dentre as realizações, o SESP investiu na qualificação de profissionais de saúde, implementou a educação sanitária, concedeu bolsas de estudos a médicos, engenheiros e enfermeiros, estabeleceu rede de unidades sanitárias, construiu e administrou escolas de enfermagem, centros de saúde e hospitais, bem como sistemas de águas e esgotos. Mesmo com o final da Segunda Guerra Mundial, em 1945, o SESP continuou existindo. Em 1960, com a extinção do IAIA nos Estados Unidos, O SESP foi transformado na Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), através da Lei nº 3.750, de 11 de abril de 1960, ficando subordinada ao Ministério da Saúde. Com isso, a FSESP perdeu em autonomia e gestão de recursos, sem contar as ingerências político-partidárias em sua diretoria. Em 1990 o órgão foi extinto e seus quadros, aproveitados pela Superintendência de Campanhas, integrada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

Prosseguindo na história da evolução sanitária no Brasil, em 1948, no governo de Gaspar Dutra, foi formulado o primeiro ensaio de planejamento econômico brasileiro, numa ação interministerial, conhecido pela sigla SALTE, por priorizar as áreas da saúde, da alimentação, do transporte e da energia.

Em 1949, no segundo governo Vargas, foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU) que, no relato de Mercadante (2002 p. 237), constituiu a maior inovação na assistência à saúde, uma vez que, até então, inexistia o atendimento domiciliar no setor público, embora comum no setor privado. Além disso, o SAMDU favoreceu o financiamento consorciado entre os IAP e garantiu o atendimento universal, ainda que limitado, aos casos de urgência.

Em 1953, sob influência do Plano SALTE e como resultado de debates ocorridos durante a II Conferência Nacional de Saúde, realizada no período de 21 de novembro a 02 de dezembro de 1950, ocorreu o desmembramento do Ministério da Educação e da Saúde, ficando separadas as áreas de educação e saúde. O novo Ministério da Saúde (MS), criado através da Lei nº 1.920/53, de 25 de julho de 1953, ficou com um terço das verbas do antigo ministério e retomou ações de saúde em caráter coletivo, como as campanhas e a vigilância sanitária. Inicialmente, o MS nasceu de forma burocrática, carecendo da adoção de uma política própria e estrutura operacional. Em 1954, foi sancionada a Lei nº 2.312/54, baixando normas gerais sobre a defesa e a proteção da saúde, somente regulamentada em 1961 (MACHADO, 1977, p. 14).

Paralelamente, no âmbito das instituições previdenciárias, a assistência médica de caráter individual continuou em crescimento que, conforme analisado por Donnangelo e Pereira (1976, p.45), se manteve como instrumento para amenizar as tensões sociais e controlar a força de trabalho, considerando a necessidade de garantir a sua manutenção e reprodução, cada vez mais urbana e fabril. Para Paulus Jr. e Cordoní Jr. (2006, p.14), *“as várias instituições previdenciárias e a multiplicidade de tratamentos aos seus usuários motivaram o governo à uniformização dos métodos”*, mediante a promulgação da Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960, estabelecida como Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), orientando, a partir de então, os direitos e deveres em saúde para os trabalhadores. A LOPS unificou as normas legais dos IAP, relativas aos benefícios concedidos, a forma de contribuição para o financiamento e os procedimentos administrativos, mantendo a organização institucional segmentada. Mesmo assim, a LOPS constituiu o primeiro passo para a construção de um sistema previdenciário unificado e igualitário.

Com a fusão dos IAP, através do Decreto nº 72, de 21 de novembro de 1966, originou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que uniformizou e centralizou a previdência social. Nessa década, a previdência social se firmou como principal órgão de cobertura assistencial da saúde e de financiamento dos serviços de saúde, acarretando uma concentração das políticas de saúde.

Em 1968, no governo de Costa e Silva, foi elaborado o Plano Nacional de Saúde (PNS), por iniciativa do então Ministro da Saúde, Leonel Miranda. O PNS previa a universalização do acesso e a integração da assistência médica no Ministério da Saúde, além da privatização da rede pública e o direito do paciente à livre escolha do profissional e do hospital da sua preferência, sendo a remuneração aos provedores proporcional ao número e complexidade dos procedimentos. A manifestação contrária de entidades de classe e governos estaduais, a repercussão negativa na mídia e a resistência velada da área previdenciária fizeram o governo cancelar o Plano.

Segundo Mercadante (2002, p. 241), o novo Ministro da Saúde, Mário Machado de Lemos, tentou implementar “*um conjunto de princípios e diretrizes destinados a orientar a ação e decisão do governo, definindo os postulados básicos a serem observados na institucionalização e implementação do Sistema Nacional de Saúde (SNS)*”, no lugar do PNS. A prestação de serviços gerais de saúde seguiria os princípios da universalização da assistência, da regionalização dos serviços e da integração entre serviços preventivos e de assistência individual. No entanto, quando o Ministro defendeu o cumprimento do art. 156 do Decreto nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, que atribuía ao Ministro a competência de implantar e coordenar a Política Nacional de Saúde, o MS provocou forte antagonismo. A integração no nível federal adviria da criação do Instituto Nacional de Assistência Médica, autarquia vinculada ao Ministério da Saúde e que absorveria todos os organismos até então na órbita do MPAS. Com isso, o projeto não avançou e a adoção dos princípios da universalização, da regionalização, da hierarquização da rede e do comando único só foram retomados quinze anos depois, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde.

Na década de 70, seguindo a tendência já observada nos anos 50, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter

coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual, centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. O processo de industrialização acelerado, observado a partir do governo de Juscelino Kubitschek, fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato aprofundou a necessidade do Estado em atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva, com franca expansão da medicina hospitalar (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 15).

Destarte, em 1972, ocorreu a ampliação da abrangência previdenciária, na qual os trabalhadores rurais e as empregadas domésticas foram beneficiados com a cobertura de assistência médica no sistema de saúde, condicionada à disponibilidade de recursos orçamentários, e, em 1973, foram incorporados os trabalhadores autônomos. Para Mercadante (2002, p. 240), tal ampliação registrou o maior avanço em termos de extensão de cobertura.

Para enfrentar a crescente demanda curativa, em 1974, o Ministério da Previdência, sob o comando do Ministro Nascimento e Silva, elaborou o Plano de Pronto Ação (PPA) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). O FAS, fundo de recursos públicos, operado pela Caixa Econômica Federal (CEF), emprestava dinheiro a juros subsidiados. Tais recursos eram utilizados predominantemente para a construção de hospitais privados. Estes garantiam o retorno do capital através do credenciamento junto ao INPS.

O PPA foi um conjunto de ações que desburocratizou o atendimento de urgência ao segurado e permitiu o atendimento ambulatorial à população nos casos de urgência, independentemente do paciente ser ou não beneficiário. O PPA constituiu o início da universalização do atendimento, garantido por serviços públicos e contratados. Pela primeira vez, a previdência social admitiu o uso dos seus recursos no atendimento universal e, no mesmo período, estabeleceu o benefício mensal para o idoso não contribuinte.

A prática do PPA acarretou o excesso de internações hospitalares que, reconhecido como distorção do Plano, resultou na organização da saúde sob a forma sistêmica. Assim, foi instituído o Sistema Nacional de Saúde (SNS), através da Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, definindo dois grandes campos institucionais – o MS, de caráter normativo geral e ações executivas coletivas, e o MPAS, com atuação executiva no atendimento individualizado. No art. 1º da referida Lei, o SNS é definido como *“o complexo de serviços do setor público e do setor privado, voltados para as ações de interesse de saúde, organizado e disciplinado nos termos desta Lei, abrangendo as atividades que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde”*.

Além de representar a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde, o PPA contemplou a criação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) que tinha por atribuição apreciar a Política Nacional de Saúde formulada pelo MS, bem como os planos setoriais do MPAS e do MEC, no que se referia, respectivamente, à assistência médica e à formação de recursos humanos para a saúde, fixando as diretrizes para a sua execução.

Aos estados, aos territórios e ao Distrito Federal coube o planejamento integrado de saúde, a criação e a operação dos serviços de saúde, em apoio às atividades municipais. Aos municípios coube a manutenção dos serviços de saúde, especialmente os de pronto-socorro, e a vigilância epidemiológica, bem como, articular os planos locais de saúde com os planos estaduais e federais e integrar seus serviços ao sistema nacional de saúde. A função do setor privado foi referida como de prestação de serviços de saúde, mediante contratos com a previdência social e sob sua fiscalização. Para Mercadante

a despeito de suas limitações, a chamada Lei do SNS pode ser reconhecida como um passo adiante. Não só por se tratar da primeira tentativa concreta para racionalizar o sistema, dentro dos limites permitidos no contexto político então vigente, como por representar o reconhecimento oficial de algumas das imperfeições na organização do sistema há muito apontadas por estudiosos do setor. (MERCADANTE, 2002, p. 243).

A implantação e operacionalização do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento para o Nordeste (PIASS), aprovado pelo Decreto nº 76.307, de 24 de agosto de 1976, evidenciou a necessidade da atenção básica à saúde (ABS), reconhecendo que a complexidade nosológica de uma

comunidade aumenta na medida em que cresce o seu grau de desenvolvimento. Os serviços eram organizados hierarquicamente, descentralizando ações de saúde de maior frequência e fácil aplicação e centralizando os recursos e serviços especializados ou de maior porte. O objetivo era levar saúde pública às regiões carentes dentro de uma nova concepção do pensamento sanitário adotando sistemas de atenção básica à saúde com o envolvimento da comunidade local. As redes de serviços se desdobravam em três níveis de atuação: elementar, intermediário e de apoio. Os dois primeiros estavam constituídos por unidades operadas por pessoal de nível elementar. As unidades de apoio, estrategicamente localizadas, estavam formadas por unidades integradas de saúde, dispondo de recursos humanos de nível profissional e, em alguns casos, de facilidades para hospitalização. A idéia da ABS foi, inicialmente, desenvolvida apenas no Nordeste, mas alcançou, anos mais tarde, abrangência nacional (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006, p. 15).

Considerando a ampliação da extensão de cobertura e a dicotomia do modelo assistencial entre o Ministério da Saúde e o MPAS, iniciou-se um movimento intelectual e político de crítica, com a finalidade de reverter o modelo vigente. As críticas eram relacionadas à centralização da assistência à saúde no governo federal e à garantia de assistência somente aos setores da sociedade formalmente empregados. O movimento contestatório não ficou limitado a críticas, uma vez que, paralelamente, propôs um sistema de saúde universal, descentralizado, integral e participativo, objetivando a municipalização da saúde, a composição de distritos sanitários e a organização de conselhos populares de saúde.

Em 1976, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que marcou o início da mobilização social que se convencionou chamar Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). O Movimento nasceu nos Departamentos de Medicina Preventiva e no Curso de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e rapidamente se expandiu entre os profissionais de saúde, tendo como principal meio de difusão de idéias a revista Saúde em Debate do CEBES. O MRSB inseriu-se na luta contra a ditadura militar e preconizou um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde, direcionando para a reversão da

tendência histórica de três características marcantes da saúde brasileira: “a *flagrante dicotomia entre as ações preventivas e curativas, o atendimento a certos setores da sociedade, negligenciando a idéia de universalidade do sistema, e a crescente centralização do sistema de saúde*” (FRAIZ, 2007, p. 54). O MRSB foi o grande indutor de convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas recomendações foram absorvidas pela Constituição Federal de 1986, como adiante se examinará.

Sobre tal movimento, Escorel (1998) analisou três vertentes que, segundo a autora, foram fundamentais para a denominada ‘reviravolta na saúde’. Conforme relatado acima, o CEBES constituiu a primeira vertente. A segunda vertente surgiu com o Movimento dos Médicos Residentes e pelo Movimento de Renovação Médica (REME), objetivando a garantia de direitos trabalhistas para os médicos residentes e com atuação sindical. E, do meio acadêmico, surgiu a terceira vertente que, numa revisão crítica do modelo preventivista de saúde, teve como expoente o Prof. Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca (1975), com a tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, intitulada “O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, cujo trabalho, não limitado ao meio acadêmico, pautou toda a trajetória de vida pública do sanitarista. Em reconhecimento ao papel que o Prof. Sérgio Arouca desempenhou como defensor da premissa de que cada cidadão deve ter o direito à saúde, vinculada ao processo da democratização da sociedade brasileira, a XII Conferência Nacional de Saúde foi denominada “Conferência Sérgio Arouca” (BRASIL, 2004b).

Em 1977, o governo federal criou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), através da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, constituído pelas seguintes instituições: 1) Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); 2) Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); 3) Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA); 4) Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM); 5) Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); 6) Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS); e 7) Central de Medicamentos (CEME). O SINPAS manteve a estratégia de compra de serviços do setor privado, justificada na época como tecnicamente mais viável, mas que, na

visão de Carvalho e Goulart (1998, v. I), tratava-se de “*uma perversa conjugação entre o estatismo e o privatismo*”.

Observa-se que na Lei 6.229/75 já estava prevista a regulamentação do Sistema Nacional de Saúde; porém, inexistia um sistema consolidado. As ações de saúde eram desenvolvidas de forma fragmentada, isentas de integração. A saúde coletiva era considerada um direito de todos e a assistência médica hospitalar individualizada era direito apenas dos trabalhadores contribuintes do SINPAS. Na época, formalmente, era responsabilidade do Ministério da Saúde a proposição das políticas e o desenvolvimento das ações coletivas; o MPAS realizava a assistência médica através do INAMPS, o Ministério da Educação (MEC) efetuava a formação de recursos humanos para saúde e a prestação de serviços nos hospitais universitários; o Ministério do Interior desenvolvia as ações de saneamento e o Ministério do Trabalho cuidava da higiene e segurança do trabalho.

Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006) esclarecem que na nova estrutura proposta pelo SINPAS, a assistência médica continuava a ser prestada principalmente através de contrato com setor privado com os recursos da previdência. O conjunto de políticas públicas da época levou a um modelo médico–assistencial privatista assentado no Estado como grande financiador e no setor privado nacional como o maior prestador, tendo o setor privado internacional como o mais significativo produtor de insumos.

Nesse período, o Ministério da Saúde já reconhecia o papel primordial da esfera municipal na estruturação da rede de serviços básicos dentro dos princípios da atenção básica em saúde; porém, nenhum passo concreto foi dado por ele nesta direção. O primeiro encontro municipal do setor saúde, realizado em Campinas em maio de 1978, concluiu pela atenção básica à saúde como prioridade dos municípios, deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários<sup>17</sup>) para a União e para os Estados.

---

<sup>17</sup> Referente aos níveis de atenção à saúde, conforme modelo desenvolvido por Leavell e Clark (1965) e adotado internacionalmente, a saber: primário, abrange a promoção à saúde e a prevenção de doenças; secundário, relativo ao diagnóstico precoce e ao tratamento imediato, e; terciário, referente à reabilitação. LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community**: an epidemiological approach. New York, McGraw-Hill, 1965.



Em maio de 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, surgiram as idéias que ganharam forma em um programa racionalizador do INAMPS, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, denominado PREVSAÚDE, com o objetivo de generalizar o desempenho obtido com o Programa PIASS voltado à assistência primária, assegurando a extensão dos serviços de saúde a toda a população brasileira. O PREVSAÚDE previa a implantação acelerada de uma rede básica de unidades de saúde de cobertura universal, com prioridade para as populações rurais, de pequenos centros e de periferia das grandes cidades. Contudo, devido à crise econômica brasileira da época, este Programa não foi implementado.

A pouca prioridade dada às ações de saneamento e à medicina preventiva facilitava o surgimento de doenças que poderiam ter fácil solução com medidas preventivas e atenção primária em saúde. Assim, o crescente volume de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Formava-se uma consciência de que era necessário repensar a política de saúde e as idéias difundidas pelo MRSB começaram a repercutir no interior do governo. O contexto político e social da época foi marcado pela transição democrática e pela crise econômica que repercutiram de forma negativa na saúde. Economicamente, houve queda na arrecadação de receitas fiscais e contribuições sociais, resultando na diminuição dos recursos destinados à saúde. Ainda em consequência da crise econômica, houve comprometimento da distribuição de renda e qualidade de vida da população, aumentando as necessidades de atenção à saúde.

No entanto, tal contexto favoreceu a consolidação do MRSB na defesa da melhoria das condições de saúde da população, no reconhecimento da saúde como direito social universal, na determinação da responsabilidade governamental na garantia de acesso à saúde, na reorientação do modelo de atenção integral à saúde e na reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão das ações e serviços de saúde (MERCADANTE, 2002, p. 246).

A primeira metade da década de 1980 foi promissora para o processo de articulação intra-setorial na saúde, ao que Mercadante (2006, p. 247) denominou 'fase das estratégias racionalizadoras'. Em 1980, foi criada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), cuja tarefa consistia em fixar o repasse dos recursos do MS e MPS destinados ao financiamento dos serviços

prestados pelos estados e municípios; bem como, estabelecer as normas de ações programáticas entre o MS, MPS e MEC, considerando a vinculação dos hospitais universitários e de ensino ao MEC.

Em 1982, surgiu o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido como Plano do CONASP, que foi criado para racionalizar as ações de saúde. O modelo curativo dominante começou a ser abalado. Este plano atuou sobre a racionalização das contas com os gastos hospitalares dos serviços contratados com Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), pondo fim à modalidade em uso, denominada pagamento por unidade de serviço. Além disso, o Plano referia-se também ao aproveitamento da capacidade instalada de serviços ambulatoriais públicos.

Visando obter uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços básicos, conforme previsto no Plano do CONASP, em 1982, foram firmados convênios trilaterais envolvendo os Ministérios da Previdência Social, Saúde e Secretarias de Estado de Saúde que, posteriormente, foram substituídos pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), com o objetivo da universalização da acessibilidade da população aos serviços de saúde. Esta proposta abriu a possibilidade de participação dos estados e, principalmente, dos municípios na política nacional de saúde. A implementação das AIS representou o passo inicial para o processo de descentralização na saúde.

As AIS incorporaram os serviços pelo INAMPS integrando as esferas de governo em comissões interinstitucionais de saúde. Os convênios foram um marco na instituição da gestão colegiada nas diversas esferas de governo e na responsabilização dos municípios como porta de entrada do sistema. Desse modo, as AIS que constituíram o prenúncio da gestão colegiada e, na seqüência, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), instituído em 1987, começaram a por em prática os ideais da reforma sanitária.

Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006, p. 17) destacam que, *“enquanto as AIS representaram um movimento de estímulo à municipalização, o SUDS representou uma re-centralização nas mãos das secretarias estaduais de saúde”*. Porém, o SUDS durou somente até 1990, uma vez que o movimento político pró-

municipalização já estava bastante fortalecido como resultado das discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde – marco do atual sistema de saúde brasileiro.

A formalização definitiva das propostas do MRSB aconteceu por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, ensejando mudanças baseadas no direito universal à saúde, no acesso igualitário, na descentralização acelerada e na ampla participação da sociedade. Sob a presidência do médico sanitarista Antônio Sérgio da Silva Arouca, a VIII Conferência sinalizou para a municipalização como forma de executar a descentralização. Mercadante (2006) relata que as sete primeiras conferências de saúde constituíram eventos técnicos, contando com a presença de especialistas do Ministério da Saúde e conhecedores da problemática sanitária do País. A VIII CNS ampliou a participação de segmentos técnicos, em especial a do Ministério da Previdência, bem como inaugurou a representação e a participação dos usuários da saúde.

O relatório final consagrou teses de debate acadêmico e político em saúde que constituíram base para o texto constitucional de 1988 e do Sistema Único de Saúde, do qual se destaca:

[...] Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se costuma chamar de reforma sanitária (BRASIL, 1986, p. 2-18).

Na Constituição Federal de 1988, promulgada em 05 de outubro de 1988, conforme consta no art. 194, a saúde, a previdência e a assistência social integradas foram asseguradas sob o conceito da seguridade social como *“um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade”* (BRASIL, 2004a), constituindo um marco de avanço social significativo ao País. Conforme Mercadante (2006, p. 249), o conceito de seguridade social *“impôs uma transformação radical no sistema de saúde brasileiro [...], reconhecendo a saúde como direito social”* e *“definindo um novo paradigma para a ação do Estado na área”*.

Desse modo, a saúde ficou estabelecida como direito social e universal, uma vez que passou a ser dever constitucional de todas as esferas do governo, não mais apenas como dever da União e direito do trabalhador segurado. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas. A assistência à saúde passou a ser concebida de forma integral (preventiva e curativa), definindo a gestão participativa como importante inovação, assim como comando e fundos financeiros únicos para cada esfera de governo.

Mercadante (2006, p. 249) sintetiza os art. 196 e 198 da Constituição de 1988 que expressam o novo marco referencial decisivo na criação do atual sistema de saúde brasileiro:

Art. 196 – o direito à saúde deverá ser garantido “mediante políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, reconhecendo, por conseguinte, a múltipla determinação e a estreita relação da saúde com o modelo de desenvolvimento;

Art. 198 – as ações e serviços públicos de saúde serão organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único de saúde, de acordo com as seguintes diretrizes: 1) o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem o prejuízo dos serviços assistenciais; 2) a descentralização com direção única em cada esfera do governo e 3) a participação comunitária. (MERCADANTE, 2006, p. 249).

### 2.1.2 Sistema Único de Saúde (SUS)

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o atual sistema de saúde do Brasil, tendo sido implantado através da Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. De acordo com o preceito legal desta Lei, art. 4º, o SUS é constituído pelo *“conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”* (APM, 2004, p. 42).

A concretização dos avanços contemplados na Lei nº 8.080/90 exigiu a implantação de princípios reguladores e norteadores do controle social exercido de forma consciente, comprometido com a melhoria das condições de vida e de saúde da população brasileira, através da participação coletiva. Tais princípios foram assegurados legalmente, através da promulgação da Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990.

A Lei 8.142/90 estabeleceu a participação comunitária na condução das questões da saúde, criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas, respectivamente. Na mesma Lei, ficou assegurada a instalação das conferências de saúde de quatro em quatro anos, com a participação de vários segmentos sociais; com o objetivo de definir diretrizes para a formulação da política de saúde nas respectivas esferas de governo. Conforme destaca Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), a Lei 8.142/90 também definiu as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios, como por exemplo, as transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Estaduais e Municipais.

Considerando que o sistema de saúde brasileiro tem por base o modelo participativo e de controle social, a efetivação do SUS ainda constitui desafio permanente a gestores, profissionais e usuários da saúde. O SUS está fundamentado nos princípios da universalidade, da igualdade e da equidade. Constituem diretrizes do SUS, a descentralização, a participação comunitária e o atendimento integral. Assim, o aprimoramento do SUS é um processo que carece,

permanentemente, de atenção coletiva nos aspectos mais reivindicados pelos seus usuários: a garantia de acesso, a qualidade da assistência e a humanização no atendimento.

Na efetivação do SUS é preciso destacar que saúde não mais significa assistência médico-hospitalar, curativa ou preventiva. Os sistemas de saúde no mundo inteiro têm procurado rever a tendência histórica de supervalorização das práticas curativas que deixavam em segundo plano as ações preventivas. Busca-se uma atitude mais equilibrada, aumentando a capacidade de promover a saúde e evitar doenças (WHO, 2008). Assim, saúde é o resultado de políticas públicas governamentais, tendo deixado de ser uma contraprestação de serviço, uma vez que não mais necessário é ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito garantido à assistência à saúde e, paralelamente, tendo havido a substituição da orientação do sistema segundo a oferta de serviços para a demanda, mediante o repasse de recursos proporcionais ao número de habitantes.

Com a implantação do SUS, a saúde passou a ser um direito público subjetivo da pessoa humana, representando um salto qualitativo e um avanço na concepção de saúde como direito humano fundamental e abrangente, que trata não só do acesso aos serviços públicos de saúde como da efetivação de políticas previstas na Constituição e na legislação infraconstitucional. Tais aspectos do SUS não têm sido plenamente realizados, constituindo desafio a necessidade de transformar o texto constitucional e infraconstitucional em realidade, uma vez que o SUS ainda não foi praticado em toda a extensão do seu potencial.

A Constituição de 1988, dentre os princípios fundamentais da República, com a finalidade de *“promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”*, assegurou a saúde como direito social. Assim, é preciso rever o princípio constitucional, previsto no art. 196 da Carta Magna: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado”* (BRASIL, 2004a). No mesmo artigo constitucional consta o direito à saúde que, assegurado ao cidadão, deverá ser garantido através de políticas sociais e econômicas que tem por finalidade a redução do risco de doença e de outros agravos e a universalidade de acesso igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2004a).

A VIII Conferência Nacional de Saúde representa o evento mais importante da reforma sanitária na conquista do SUS, no qual a figura expressiva de Sérgio Arouca está cunhada, conforme descreve José Carvalho de Noronha

o Arouca tem uma liderança extremamente importante, pois vincula o esforço da redemocratização da saúde com o esforço do desenvolvimento da cidadania. Quer dizer, ele faz um alargamento do conceito de cidadania e do projeto da saúde, imaginando um impulso democrático à Constituição que, com a democracia no interior do sistema de saúde, você vai ter os ingredientes para uma grande reforma social. Foi nesse contexto que se construiu a 8ª. CNS. Para que ela fosse constituída eram necessários alguns ingredientes, um conjunto de possibilidades políticas e institucionais, tanto do ponto de vista da modelagem do sistema de saúde quanto do ponto de vista de mecanismos participativos de conformação desse sistema. (BRASIL, 2006c, p. 82).

As premissas defendidas para o funcionamento do SUS por Adib Jatene (FARIA; JATENE, 1995) no evento supracitado constituíram a modelagem inicial do sistema de saúde, assim sintetizadas:

- 1) Cada grupo populacional dispondo de uma unidade básica de saúde, não só responsável pela prevenção primária, mas também, pela atenção básica, funcionando como porta de entrada de um sistema integrado de saúde.
- 2) Serviços de saúde permanentes, acompanhando a expansão populacional, com facilidade de acesso ao usuário.
- 3) Cada grupo de unidades básicas contando com a retaguarda de um hospital local.
- 4) Rede básica de saúde articulada com as unidades de saúde mais complexas.

A partir dessa configuração operacional do SUS, a atenção à saúde foi proposta dentro de uma visão de articulação interna do próprio sistema da saúde, no que se refere aos seus componentes, considerados subsistemas, conforme Brutscher (2000, p. 60-1) apresenta:

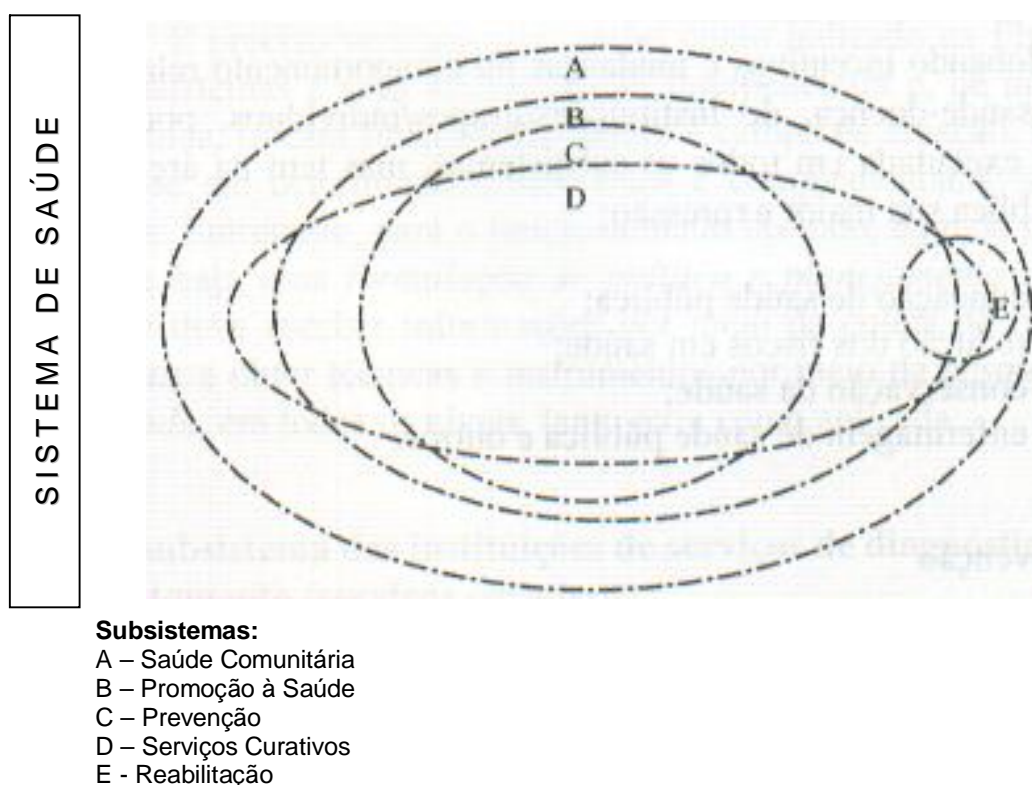
A – Saúde Comunitária – avaliação continuada dos recursos e da ecologia da comunidade; habitação e uso da terra; saneamento; abastecimento de água; remoção de fossas; remoção de lixo; controle da poluição sonora do ar, da água e dos perigos de radiação; controle de insetos e roedores; saúde ocupacional.

B – Promoção de Saúde – educação em saúde; redução dos riscos em saúde; conservação da saúde; enfermagem de saúde pública.

C – Prevenção – controle de doenças transmissíveis; saúde materno-infantil; saneamento do leite e da alimentação.

D – Serviços Curativos – Posto de saúde, pronto atendimento, pronto socorro, ambulatório, hospital.

E – Reabilitação – Serviços de atenção restaurativa e crônicos ou de atenção custodial.



ESQUEMA 1 – O SISTEMA DE SAÚDE E SEUS SUBSISTEMAS  
 FONTE: BRUTSCHER, 2000, P. 59.

Atualmente, há consenso no reconhecimento de que as diferentes agências que participam das etapas de atendimento geral à saúde precisam integrar-se no SUS como um todo, no qual tanto as atividades quanto as responsabilidades devem ser racionalmente divididas. Assim, acesso, qualidade e humanização constituem-se num contínuo desafio do SUS.



A saúde no contexto SUS é planejada, implementada e avaliada dentro dos aspectos social, cultural, epidemiológico e econômico nacionais, respeitadas as diferenças regionais, destacando-se a acelerada urbanização, o envelhecimento da população e o retorno de doenças típicas do subdesenvolvimento. Tais problemas exigem como resposta a garantia de acesso aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade da assistência e a humanização do atendimento, gerando resultados que satisfaçam os usuários do sistema público de saúde. (APM, 2004).

Carvalho e Santos (2006, p. 63) ao comentarem sobre os princípios e diretrizes do SUS destacam que os serviços e as ações de saúde, executados diretamente pelo poder público e por terceiros (contratos ou convênios), devem assegurar o atendimento das necessidades da população como um todo, oferecendo a garantia de acesso e desempenhando as suas funções com qualidade. Com toda a razão, os usuários querem serviços com credibilidade e precisam estar seguros de que estão obtendo o melhor em qualquer situação, nas unidades públicas e privadas. A população está cada vez mais consciente de que os produtos e serviços oferecidos na área da saúde não podem estar sujeitos a irregularidades ou ao mau atendimento dos profissionais da saúde. Constitucionalmente, a organização do SUS observa as seguintes diretrizes: a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária.

O acesso, a qualidade e a humanização caminham juntos na efetivação do SUS, exigindo não menos do que o cumprimento pleno das diretrizes e dos princípios do SUS, conforme referidos por Carvalho e Santos (2006):

- Universalidade – Acesso aos serviços de saúde, garantido para cada cidadão, em todos os níveis de assistência, com efetividade e resolutividade. Na prática o acesso é, ainda, dificultado e, às vezes, negado, representando desafio do SUS a ser transposto.

- Equidade – Igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos de população. A gestante, a criança, o adolescente, a pessoa deficiente e o idoso possuem garantia legal de medidas de assistência especial e prioritária que preservam o princípio da igualdade e possibilitam “a justiça na assistência à saúde de indivíduos com maior grau de

*carência física, mental, psicológica ou sensorial, que os coloca em situação de desvantagem em relação às demais pessoas*". (CARVALHO; SANTOS, 2006, p. 75). A tramitação de influência de alguém a favor de um único usuário e a 'famosa' entrada pela porta dos fundos são exemplos da inobservância do princípio da igualdade de assistência.

➤ Integralidade – Conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. Neste princípio os planejamentos de saúde nas diferentes instâncias governamentais constituem os instrumentos *"de fixação de responsabilidades técnicas, administrativas e jurídicas quanto à integralidade da assistência"*. (CARVALHO; SANTOS, 2006, 66). A descontinuidade na articulação de ações e serviços preventivos, curativos, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo, fere o princípio da integralidade da assistência.

➤ Autonomia – Constitui a preservação da dignidade da pessoa, com absoluto e irrestrito respeito à identidade e à integridade física e moral do usuário da saúde; bem como, o estreitamento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

➤ Participação – Democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo controle social na gestão do sistema.

As demandas da população por serviços de saúde têm se multiplicado, em virtude das desigualdades sociais, regionais e econômicas do País, geradoras das dificuldades de acesso dos usuários aos serviços básicos e aos outros níveis de complexidade. A ausência de serviços na rede, a falta de pessoal e de recursos materiais, até mesmo do espaço físico, e a falta de recursos financeiros para o atendimento do usuário com dignidade, como cidadão de direito que é, comprometem a acessibilidade e a humanização do atendimento à saúde.

O SUS prevê formas de controle social que viabilizam a participação de usuários e de trabalhadores de saúde nas decisões tomadas pelos gestores de unidades hospitalares e ambulatoriais de saúde. Além da participação nos processos decisórios, garante a abertura de possibilidades para que os usuários, individualmente, possam manifestar opinião e encaminhar queixas sobre a

garantia de acesso, a qualidade a humanização dos serviços. Deve haver o aprofundamento do controle social sobre a gestão, determinando como são e quais são os serviços a serem produzidos, bem como, a constituição de mecanismos que permitam que cada usuário, em particular, possa expressar a sua opinião sobre o resultado desta gestão, consubstanciado na forma do cuidado que ele venha a receber.

Um dos requisitos para municipalização do SUS é a existência do Conselho Municipal de Saúde. Atualmente, a quase totalidade dos municípios brasileiros tem alguma forma de conselho constituído. Existem ainda em pleno funcionamento os Conselhos Estaduais de Saúde em todos os Estados e o Conselho Nacional de Saúde. As organizações que representam interesses dos usuários têm renovado esforços para aumentar sua influência nesses conselhos. Elas parecem reconhecer que, no novo desenho institucional, foi aberta a possibilidade para que os usuários participem do processo de decisão política setorial. Alguns problemas recorrentes vêm motivando debates sobre o papel de conselhos e de conferências no contexto do SUS e sobre seus limites enquanto veículo de viabilização do controle social sobre o sistema. Ao mesmo tempo, o reconhecimento da existência de dificuldades tem estimulado a criação de novas formas de controle social, como as ouvidorias e disque-denúncia. A viabilização das últimas depende, em parte, do estabelecimento de estratégias que as tornem tão orgânicas e integradas a estrutura de gestão do sistema quanto já o são os conselhos e conferências.

Talvez o principal desafio para que o controle social colabore para garantir o acesso, a melhoria da qualidade e a humanização da atenção a saúde seja o de “aproximar os conselhos aos milhões de usuários que procuram as unidades de saúde em todo o país e aos milhares de trabalhadores de saúde que aí prestam seus serviços” (FARIA; JATENE, 1995).

A força das instituições políticas e dos movimentos populares viabiliza a participação autônoma e consistente de representantes dos usuários em conselhos municipais, locais ou gestores. Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil. Porém, nas localidades em que existe organização da sociedade civil, mesmo que tênue, o espaço público dos conselhos pode se tornar espaço

organizativo. Além disso, reivindicar o direito a participar de fóruns cuja legitimidade é garantida por regramento federal fortalece politicamente os pleitos das organizações que representam os interesses dos usuários.

Além disso, se não houver controle do gestor municipal sobre a atenção à saúde financiada com recursos públicos, os conselhos e as conferências podem ter intensa participação de representantes de usuários, que efetivamente controlem o processo decisório do fórum, mas eles estarão decidindo apenas sobre os serviços próprios do município.

O controle social sobre o SUS não se esgota nos fóruns e mecanismos internos de participação, há a previsão legal de ações articuladas com os Tribunais de Contas e com o Ministério Público. O papel fiscalizador de ambos e a garantia de direitos do segundo resulta em parcerias proveitosas no sentido de favorecer a construção do sistema em acordo com os princípios constitucionais e as determinações legais que o sustentam. É dever do Estado a realização do direito humano fundamental à saúde. Esse direito, contudo, não é auto-aplicável.

## 2.2 ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

### 2.2.1 Percurso Histórico

A saúde constitui o bem maior da pessoa e a fonte geradora de vida, estabelecida como princípio constitucional, na afirmativa “*direito de todos e dever do Estado*” (BRASIL, 2004a, p. 83). A Carta Constitucional da OMS, ao estabelecer princípios básicos de felicidade, harmonia e segurança para todos os povos, em 1946, definiu saúde como “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença*” (WHO, 2009). Mais tarde, em 1998, esta definição foi aprimorada para incluir a idéia de saúde como um estado dinâmico e o componente espiritual da saúde. Desse modo, a saúde é um dos requisitos para o exercício da cidadania, uma vez que resulta da harmonia de relações entre indivíduo, comunidade e meio ambiente no seu mais amplo sentido.

Ao firmar as bases da enfermagem moderna, Florence Nightingale nomeou a arte da enfermagem como a arte do cuidar, respaldada pelas leis da vida, da saúde e da doença. Quanto à saúde, Nightingale (1994, p. 75) conceituou saúde como sendo “*não somente estar bem, mas estar apto a usar bem cada poder que se tem*”. Nightingale redigiu esse conceito em 1893, dado que confere distinção ao referencial que ela defendeu, pela semelhança com o atual conceito de saúde estabelecido pela OMS.

O jurista Tupinambá Miguel Castro do Nascimento ao defender o direito à saúde, assim expressa:

todo ser humano, pelo simples fato de ter nascido com vida, no momento do nascimento adquire o direito subjetivo à sua saúde, direito que lhe acompanha até a morte. E, como é direito exigível do Estado, no que concerne à sua proteção, trata-se de direito público subjetivo, estruturando-se uma relação jurídica específica entre cada ser humano e o Estado, em que aquele é o credor e este, o devedor. Na verdade, é direito que, em compreensão mais ampla, retrocede ao tempo para alcançar o nascimento, desde a concepção [...]. No artigo 6º da Constituição, a saúde é direito social e, no artigo ora comentado, a saúde é direito de todos. Direito que se qualifica de inderrogável, irrenunciável e indisponível [...]. Além de direito de todos, é dever do Estado assegurá-lo, eficientemente, e, quando necessário, prestar os serviços atinentes. (NASCIMENTO, 1991, p. 26).

Para Costa e Carbone (2004, p. 9), a atenção básica à saúde envolve serviço de alta qualidade e resolutividade, valorização da promoção e proteção da saúde, sendo parte de um sistema hierarquizado. Historicamente, Fee (1996) destaca que a atual atenção básica à saúde originou do termo 'promoção à saúde', usado pela primeira vez por Henry Sigerist, em 1941.

Conforme Fee (1996) relata, Henry Sigerist nasceu em Paris, no ano de 1891, foi estudioso da história da medicina e da história natural das doenças, concluiu seus estudos na Universidade de Zurich e se transferiu para a Universidade John Hopkins. Em 1941, escreveu o livro "Medicina e bem-estar humano", no qual Sigerist defendeu o conceito de promoção à saúde como o bem-estar que resulta de mais saúde, justiça econômica e igualdade social. Defensor da saúde pública e da assistência à saúde para todos, Sigerist desejava criar uma sociedade na qual cada pessoa tivesse a oportunidade de usufruir de saúde, segurança, trabalho criativo e recreação, tendo sido figura de destaque na introdução da medicina socializada no Canadá e em reformas de saúde de diversos países da América Latina.

Posteriormente, em 1965, Leavell e Clark (1978) divulgaram o modelo da história natural das doenças, desenvolvido na década de 1940, baseado nos seus três níveis de prevenção, incluindo a promoção à saúde na prevenção primária, como medida destinada a aumentar a saúde e o bem-estar geral. As atividades promotoras da saúde abrangiam a boa nutrição, o atendimento às necessidades afetivas, educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, boas condições de moradia, trabalho e lazer, além de exames periódicos e educação em saúde.

Na década de 1970, Marc Lalonde (1981), Ministro da Saúde e Bem-Estar do Canadá, a partir de estudos relativos à atenção à saúde oferecida no país, redirecionou a ênfase de sua política de ação social, anteriormente baseada apenas na prevenção e tratamento de doenças e centrada no modelo biomédico, rumo a um novo modelo de saúde pública que se tornou conhecido como Promoção da Saúde. Esse novo paradigma implicava em considerar a problemática que envolve os assuntos sociais mais complexos que afetavam a sociedade moderna e que muitas vezes não dependiam de comportamentos e decisões individuais.

Algumas iniciativas tiveram sua origem no denominado Relatório Lalonde, publicado em 1981, destacando-se a Conferência de Alma Ata, realizada em 1978, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, atual República do Cazaquistão. Nesse evento recomendou-se a todos os países membros da Organização Mundial da Saúde (OMS) que assumissem o compromisso de investir na atenção básica em saúde, envolvendo a comunidade e desenvolvendo ações intersetoriais com o objetivo de alcançar “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Alguns congressos internacionais sobre Promoção da Saúde, que se sucederam redefiniram os pressupostos teórico-práticos, de modo que a saúde passou a ser vista de forma ampliada, como resultante das condições e estilos de vida, incluindo os aspectos sócio-econômicos, políticos e culturais. Adotou-se o conceito de ‘*empowerment*’ individual e coletivo como fundamental para a implementação de ações de promoção da saúde, o que envolve transformação nas estruturas de poder e reconhecimento de direitos e deveres, por meio da educação em saúde e do acesso à informação.

Pretende-se pela educação em saúde ampliar a capacidade das pessoas para a ação e para assumir o controle sobre a sua saúde, a saúde da sua família e da sua comunidade, além de criar condições para que grupos e comunidades possam influir nas causas determinantes e condicionantes da saúde e doença de forma a melhorar o seu nível de qualidade de vida.

A promoção da saúde busca modificar as condições de vida para torná-las adequadas, melhorar a qualidade de vida da população, identificando e enfrentando os determinantes da saúde e da doença. Por outro lado, a prevenção de doenças busca evitar as enfermidades pelo enfraquecimento dos fatores causais dos agravos.

A Declaração de Alma-Ata (Anexo I) reconceituou saúde como um direito do cidadão e responsabilizou os setores da economia para adoção de políticas capazes de gerar saúde. Constituiu o ponto de partida da concepção atual de atenção básica à saúde, lançando o conceito de que a saúde era o resultado da elaboração de políticas públicas, traçadas desde o comprometimento com o planejamento até a equidade social, passando pelo fortalecimento da sociedade, através do acesso à educação, à informação e ao direito à voz, no sentido do fortalecimento das ações de saúde a serem implantadas. O redirecionamento da

saúde para mais vida e menos doença possibilitou a percepção do processo saúde-doença e sua relação frente às desigualdades sociais e a responsabilidade do poder público, através de suas políticas, na promoção da saúde das populações.

Assim, em 1986, como resultado da I Conferência Internacional de Promoção à Saúde, realizada no Canadá, surgiu um novo marco da atenção básica à saúde a Carta de Ottawa, na qual foram delineados cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorganização do sistema de saúde. Com a Carta de Ottawa, a saúde passou a ter o “*seu conteúdo ligado à qualidade de vida e ao bem-estar das populações*” (SILVA; DALMASO, 2002, p. 97).

No Brasil, a história do SESP e FSESP foi de fundamental importância na concepção de diretrizes que, atualmente, norteiam a atenção básica à saúde, sendo que, na análise de Silva e Dalmaso (2002, p.28), “*qualquer trabalho que se proponha a estudar os modelos de reorientação da assistência à saúde*” terá que considerar as suas influências na história da saúde pública brasileira. Implantado em 1942, através de um contrato de cooperação assinado por Osvaldo Aranha, ministro de Estado dos Negócios das Relações Exteriores; Jefferson Caffery, embaixador extraordinário e plenipotenciário dos Estados Unidos e o major George Mundock Saunders, representante do IAIA, o SESP teve as suas atividades iniciais, prioritariamente, dirigidas para a assistência médica-sanitária às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para os países aliados, em guerra com a Alemanha. Assim, trabalhadores na extração da borracha na região amazônica, na extração de mica e cristal de rocha no Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e na reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas, da Companhia do Vale do Rio Doce foram assistidos pelo SESP. As atividades desenvolvidas incluíam o controle de doenças transmissíveis, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança, saneamento básico, enfermagem de saúde pública e bioestatística.

Em 1948, no relatório da Conferência da Organização Sanitária foi reconhecida a necessidade de incluir assistência médica entre as funções de saúde pública nas populações atendidas pelo SESP. O entendimento na época



era de que a assistência médica representaria um atrativo imediato para a população que, recebendo esse benefício, de melhor maneira se prestaria a aceitar as medidas de medicina preventiva, não sendo possível prescindir da existência de leitos em hospitais.

Após vários atos de prorrogação do contrato que originou o SESP, em 1960, foi criada a FSESP, cujos objetivos básicos serviram de diretrizes para a atenção básica à saúde atual, especificamente, o Programa de Agentes Comunitários da Saúde e o Programa de Saúde da Família. Conforme relata Silva e Dalmaso (2002, p. 27), as visitadoras sanitárias da FSESP desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, nas unidades sanitárias e na comunidade, sob supervisão e orientação de enfermeiros, mediante protocolos estabelecidos. Era realizada a consulta de enfermagem como primeiro atendimento da gestante, sendo feita a solicitação de exames por protocolos e o posterior retorno para a consulta médica, quando os exames já estivessem prontos. As visitadoras faziam visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos, acompanhamento de nascido-vivos e mortalidade infantil e o monitoramento de pacientes portadores de doenças prevalentes. Cada visitadora era responsável pela cobertura populacional de uma determinada área, após treinamento para o trabalho, realizado por enfermeiro, com duração de seis meses, aspectos estes semelhantes ao PACS e PSF atuais.

Na década de 1970, foi instituída a primeira etapa do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), para a região nordeste do País, através de decreto presidencial, em 24 de agosto de 1976, com a finalidade de implantar estruturas básicas de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, contribuindo para a melhoria do nível de saúde da população local. Em 1979, o PIASS foi expandido para o Vale do Ribeira, no estado de São Paulo.

Em 1987, foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (PACS-Ceará) que serviu de referência para a proposição, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), em 1991. Em 1992, o PNACS perdeu o termo nacional, passando a ser PACS, conforme o modelo que segue até os dias atuais.

Também em 1992, com a realização da Eco-Rio-92, no período de 3 a 12 de junho, na cidade do Rio de Janeiro, foi firmada a Agenda 21 que, no seu capítulo VI, trata da proteção e promoção à saúde, incluindo o conceito de cidade saudável ao conceito de promoção à saúde. A partir de então, ficou firmada a dimensão tríplice da promoção à saúde que constitui o foco da atenção básica à saúde, a saber: saúde alicerçada na qualidade de vida, intersetorialidade e participação popular.

Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família, tema do capítulo seguinte.

### 2.2.2 Programa Saúde da Família (PSF)

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2006a, p. 11), “*a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde*”.

Idealizado em 1993 e oficializado em 1994, o PSF teve a sua efetiva expansão nacional a partir de 1995, mediante os slogans: ‘*Dona Saúde bate à sua porta*’ e ‘*Deixa entrar a Dona Saúde*’. Apresentado como um modelo de assistência à saúde desenvolvendo ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, família e comunidade, o PSF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial do SUS, a partir da atenção básica à saúde.

O PSF, na sua idealização e efetivação, constitui a porta de entrada do SUS, sendo o primeiro contato do usuário com os serviços de saúde, consolidando a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do Sistema. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas

Os objetivos da implantação do PSF, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) foram:

- 1) Constituir caráter substitutivo – Substituição às práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde.
- 2) Garantir a integralidade e hierarquização da saúde – Inserção da Unidade de Saúde da Família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde.
- 3) Estabelecer territorialização e adscrição da clientela – Definição do território de abrangência.
- 4) Atuar através da equipe multiprofissional – A equipe de saúde da família foi estabelecida minimamente por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

As características inovadoras pretendidas pelo PSF incluíram: (a) fugir do caráter vertical e paralelo dos demais programas do Ministério da Saúde; (b)

constituir-se em proposta substitutiva com inovação técnica, política e administrativa; (c) incorporar os princípios da vigilância à saúde; e (d) negar o equívoco da identificação do PSF como “*um sistema de saúde para os pobres*”. A implantação do PSF foi efetivada como contribuição para a reorientação do modelo assistencial, a partir da atenção básica “*em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde*”. (BRASIL, 1997).

Aos integrantes da equipe de saúde da família cabe refletir sobre dois aspectos que, na visão de Marsiglia (2008, p. 170-1), são considerados essenciais:

1) Família como unidade de trabalho e base do processo de atendimento às necessidades – Relacionada com as tendências das atuais políticas públicas sociais que, na área da saúde, favorece a desospitalização de doentes crônicos, a redução do tempo de internação nas doenças agudas e o incentivo ao atendimento domiciliar.

2) Atual configuração das famílias – É preciso considerar as mudanças da configuração da família, quando à sua composição, tamanho, dinâmica, papéis, funções e estratégias de sobrevivência, partindo da família nuclear tradicional, seguida das famílias extensa e monoparental.

De acordo com Marsaglia (2008, p. 172), as equipes de saúde da família devem avaliar “*os tipos de composição familiar encontrados em cada unidade residencial, ou os arranjos domiciliares engendrados para o enfrentamento da sobrevivência diária*”. Tal cuidado possibilita avaliar os desdobramentos desses tipos de composição familiar para a saúde de seus membros, mediante classificação das famílias em relação a situações de maior risco, por sua condição de saúde, social, composição ou dinâmica interna.

Historicamente, os programas de saúde da família dos Estados Unidos e Cuba serviram de paradigma para a elaboração do PSF. No entanto, Goulart (2007, p. 65) adverte que comparar o PSF com as propostas internacionais *Family Doctor* dos Estados Unidos e o *Médico da Família* de Cuba representa elevado risco de equívoco, pela impossibilidade de aproximar propostas diferentes entre si e divergentes do modelo brasileiro; bem como, da utilização das suas metodologias de avaliação.

As experiências pioneiras das propostas de atenção básica à saúde, com adscrição de clientela e extensão de cobertura, surgiram na região nordeste, inicialmente com o programa denominado ‘Médico Pés Descalços’, em 1987, no Ceará, e, posteriormente, implantado como Programa de Agentes de Saúde, com recursos próprios e vinculados à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. A característica principal desses programas era o combate à desnutrição infantil e doenças infectocontagiosas, com baixa densidade tecnológica das suas ações. O resultado inicial foi registrado no programa cearense, no qual os agentes de saúde foram colocados como responsáveis diretos pela queda vertiginosa da mortalidade infantil durante o período 1991-1995, lhes valendo um prêmio do Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, no ano de 1993. Inúmeros municípios brasileiros adotaram programas semelhantes como em Porto Alegre, Niterói, Campinas, Londrina e outros *“surgidos dentro de propostas mais amplas de reorientação assistencial, com extensão de cobertura, participação social e integração docente assistencial”*. (GOULART, 2007, p. 74).

Atualmente, o PSF é a base na qual o SUS opera, constituindo a estratégia principal de reorientação do modelo de saúde, dirigida para a atenção básica à saúde. O trabalho é desenvolvido por equipes da Saúde da Família compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 6 agentes comunitários de saúde; podendo contar, ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental, a depender do planejamento municipal de saúde.

Cada equipe multiprofissional é responsável pelo acompanhamento de cerca de 3 a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

No desenvolvimento do PSF é possível estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (BRASIL, 2009d).

No gráfico 1, é possível constatar a evolução do número de equipes de saúde da família implantadas no Brasil, no período de 1994 a 2008, conforme dados do Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009d).

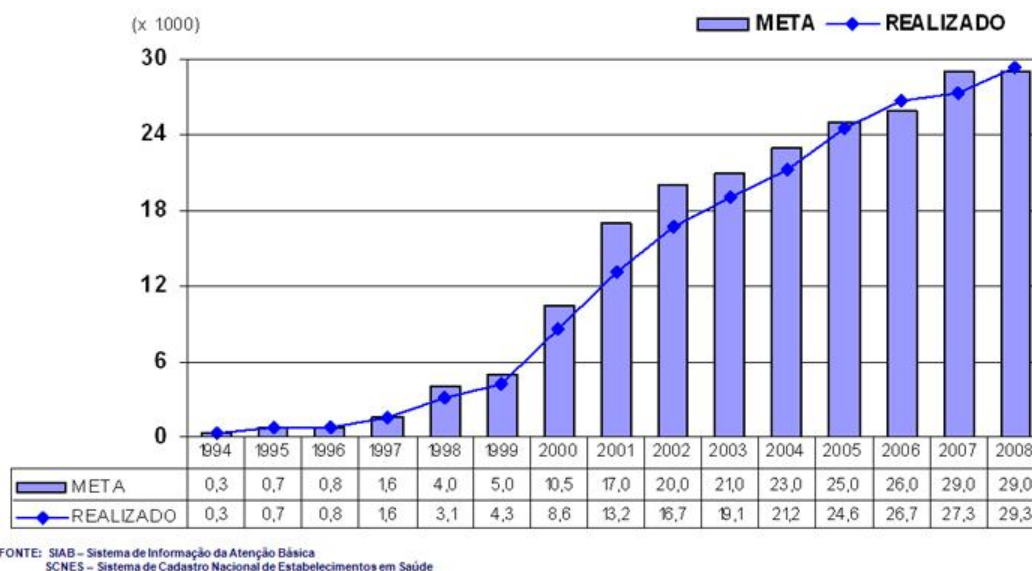


GRÁFICO 1 – META E EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA IMPLANTADAS BRASIL – 1994 – DEZEMBRO/2008

FONTE: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico> (BRASIL, 2009d)

Em todo o País, a estratégia saúde da família está implantada em 94,1% dos municípios brasileiros, com cobertura equivalente a 46,6% da população. Como medida de expansão da cobertura populacional, os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, assumiram um compromisso de trabalho

integrado, instituindo o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE está regulamentado pelo Decreto nº. 6.286, de 05 de dezembro de 2007, tendo iniciado em 2008, beneficiando os municípios prioritários do MEC para o Plano de Desenvolvimento da Educação e do Programa Mais Educação, totalizando 699 municípios (BRASIL, 2009d).

A proposta prevê a atuação de uma equipe de saúde da família para cada escola pública. As ações de saúde do PSE incluem: a avaliação das condições de saúde; a promoção da saúde e a prevenção; a educação permanente e a capacitação dos profissionais e de jovens; o monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. É meta do governo federal, ofertar a atenção integral à saúde a 26 milhões de alunos brasileiros da rede pública, até 2011.

### 2.2.3 Política Nacional de Atenção Básica

O Ministério da Saúde, no ano de 2006, considerando a expansão do PSF como estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil e os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, firmados entre as esferas do governo na consolidação do SUS, instituiu a Política Nacional de Atenção Básica, mediante a Portaria n°. 648/GM, de 28 de março de 2006 (Anexo II). No mesmo ato, foi efetuada a revisão e a adequação das normas sanitárias nacionais ao momento atual do desenvolvimento da atenção básica no Brasil.

Como fundamentos da atenção básica, a PNAB assim estabeleceu:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social. (Anexo II)

Na operacionalização da ABS, a PNAB definiu as áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde; com a previsão de que outras áreas podem ser definidas regionalmente, de acordo com prioridades e pactuações definidas.

Constituindo a orientação legal para a implantação e a operacionalização da ABS, a PNAB estabelece as responsabilidades de cada esfera do governo, a infra-estrutura e os recursos necessários, o guia de cadastramento das unidades



básicas de saúde, as características do processo de trabalho, as atribuições dos membros das equipes de atenção básica e a condução do processo de educação permanente.

Desse modo, todas as ações desenvolvidas na ABS são regulamentadas pela PNAB que aborda inclusive as especificidades da estratégia de saúde da família e o financiamento da atenção básica. Em 2007, foi acrescentada à PNAB a Portaria nº. 1625/GM, de 10 de julho de 2007, alterando parcialmente as atribuições do enfermeiro na ABS, com a finalidade de ampliar a compreensão do texto que havia sido objeto de questionamento judicial pelo Conselho Federal de Medicina, fato a ser abordado no capítulo específico das atribuições profissionais.

Sampaio (2008), ao destacar os avanços da ABS no Brasil, afirma que:

o fato de o Brasil estar hoje numa posição de liderança do tema no cenário mundial se deve, essencialmente, à decisão e ao compromisso político dos governos e da sociedade de investir na superação do desafio de construção de uma estratégia nacional para um país continental.

## 2.3 REGULAMENTAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

### 2.3.1 Percurso Histórico

A origem da enfermagem é de um passado distante. Comprometida com o cuidado e sendo uma profissão essencialmente humana, Donahue (1996, p.2-3) afirma que a enfermagem é reconhecida como a mais antiga das artes e, ao mesmo tempo, uma das profissões mais recentes, ao comparar a inserção do cuidado na história das civilizações em todas as épocas com o processo de regulamentação profissional da enfermagem. Tal afirmativa tem por base a vinculação do ato de cuidar, originado no cuidado materno, com a evolução da humanidade e as mudanças culturais, sociais, econômicas e tecnológicas, norteando a necessidade de constante atualização das práticas do cuidado que, ao serem compartilhadas entre os integrantes da equipe multiprofissional de saúde, determina a necessidade de regulamentação das atribuições profissionais.

Ao longo dos tempos, a enfermagem foi significativamente influenciada pela cultura, religião, política, guerras, tecnologia e evolução da medicina, tendo buscado os fundamentos de uma profissão muito antes do movimento global de profissionalização, desenvolvido entre os séculos XIX e XX (HAMILTON, 1992, p.31). De acordo com Collière

uma profissão funda-se, [...] em torno de uma crença, de uma ideologia que visa regular a ordem social e determinar o que é considerado bom ou mau para a manutenção dessa ordem". Assim, "pertencer a uma profissão é pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade (COLLIÈRE, 1989, p.19).

Formalmente, o processo de profissionalização da enfermagem, englobando a regulamentação do ensino e da profissão, teve início em meados do século XIX, com a implantação do sistema de ensino proposto por Florence Nightingale. Defendendo a idéia de que uma escola de enfermagem deveria ser localizada junto a um hospital, Nightingale escolheu o Hospital St. Thomas em Londres, na Inglaterra, como referência na época para o *"Training of Probationer Nurses"*, conforme o programa de treinamento ficou conhecido na *"Nightingale Training School for Nurses"*. McInnes (1990, p.114) enfatiza que a escolha do

Hospital St. Thomas por Florence Nightingale ocorreu uma vez que ela desejava um hospital na região metropolitana de Londres, onde os seus planos pudessem garantir na prática a confiança depositada pelos seus colaboradores. Como naquela época o Hospital St. Thomas havia passado por reformas introduzidas por Mrs. Sarah Wardroper, relativas ao ambiente hospitalar e à conduta das enfermeiras, Florence escolheu este hospital para acolher a primeira escola de enfermagem com diretrizes próprias e independência administrativa, graças ao Conselho criado para administrar o fundo Nightingale de £44, 000 como reconhecimento público do trabalho realizado por Florence Nightingale durante a Guerra da Criméia. O sistema Nightingale utilizado na formação de enfermeiras foi pautado por três princípios básicos, a saber: a preocupação com a conduta pessoal das alunas, a recomendação para que as escolas fossem dirigidas por enfermeiras e a exigência do ensino teórico sistematizado, com autonomia financeira e pedagógica das instituições de ensino.

Oguisso (2007), ao escrever sobre a história da enfermagem, destaca que, ainda no século XIX, surgiram manuais de enfermagem com instruções sobre cuidados de enfermagem, de acordo com os conhecimentos da época, em vários países do norte europeu, sobretudo nos países atingidos pela reforma protestante,

como a Alemanha e a Inglaterra, fazendo com que a atividade de enfermagem se desenvolvesse ali mais rapidamente. Ao contrário, nos países católicos, localizados mais ao sul da Europa, como França, Espanha, Portugal e Itália, os cuidados de enfermagem estiveram por muito tempo vinculados à vocação religiosa. (OGUISSO, 2007, p. X).

No Brasil, conforme relata Moreira (2007 p. 102), *“a profissionalização da enfermagem surgiu por meio da sistematização do ensino da prática do cuidar, atividade antes exercida por pessoas que não tinham o devido preparo técnico”*. Especificamente, *“a institucionalização do ensino de enfermagem no País foi resultado de um processo político que demandava pessoas com treinamento e características adequados para cuidar dos enfermos mentais”* (MOREIRA, 2007, p. 102). O processo político referido pela autora ocorreu em 1890, no então Hospício Nacional de Alienados, com a saída inesperada das irmãs de caridade não havendo quem cuidasse dos doentes mentais.

Tal marco, na análise de Moreira (2007, p. 102-3) representou o início do período profissional da enfermagem brasileira, uma vez que, para solucionar a

crise acima referida, através do Decreto n. 791, de 27 de setembro de 1890, foi criada a primeira escola de enfermagem do Brasil, denominada Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados. Esta escola teve a influência do modelo de ensino em enfermagem francês, adotado no Hospital de Sapêtrière, formando enfermeiros não somente para o Hospício Nacional de Alienados, mas também para os hospitais civis e militares da época. Atualmente, constitui a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, vinculada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

O segundo marco de importância para a consolidação da enfermagem profissional no Brasil foi definido com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, em novembro de 1922, tendo começado a funcionar em março de 1923. Em 31 de março de 1926, através de decreto presidencial esta escola recebeu o nome de Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, hoje denominada Escola de Enfermagem Ana Néri, vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.

Esta escola foi criada sob a coordenação de enfermeiras americanas, seguindo o sistema de ensino anglo-americano, priorizando garantir legalmente a estrutura do serviço de enfermagem do DNSP, bem como o modelo de formação adotado pela Escola. Assim, em 15 de junho de 1931, através do Decreto n. 20.109/31, foi regulamentado o exercício da enfermagem no Brasil e instituída a Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) como ‘escola padrão’, *“para efeito de equiparação de todas as escolas nacionais; fixando normas e condições relativas ao processo de exame para revalidação do diploma”*, estabelecendo *“para as demais escolas a necessidade de seguir o mesmo programa e funcionar nos mesmos moldes”* (RIZZOTTO, 1999, p. 60).

Em 1925, após a diplomação da primeira turma de enfermeiras da EEAN, foi criada a Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, com o objetivo de elevar o padrão da profissão e zelar pelo progresso da educação de enfermeiras e pelo estabelecimento de escolas de enfermagem com os mesmos requisitos da Escola Anna Nery. Era dever das enfermeiras associadas: incentivar o espírito de união e de cooperação entre as enfermeiras diplomadas, manter vigilância contra supostas enfermeiras, defender a categoria profissional de associações tendenciosas, promover a votação e sanção de leis regulamentadoras da

profissão, estabelecer instituições para auxílio das enfermeiras diplomadas e da comunidade.

Hoje esta associação constitui a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Dentre as realizações da ABEn, ao longo dos anos, no que se refere à regulamentação profissional é preciso destacar que a idéia da criação de um Conselho de Enfermagem teve a participação direta da ABEn. Carvalho (1976, p. 254) relata que, na década de 1940, houve a manifestação das enfermeiras diplomadas quanto a necessidade da regulamentação profissional, considerando que outros grupos sem nenhum preparo, também desenvolviam atividades da enfermagem. Assim, primeira fase da regulamentação da enfermagem transcorreu entre 1944 a 1954, mediante a nomeação de um grupo de trabalho para elaborar um anteprojeto de criação do Conselho de Enfermagem e da regulamentação da profissão, sob a coordenação da enfermeira Zaíra Cintra Vidal, presidente da ABED na época.

O anteprojeto que resultou do grupo de trabalho, encaminhado à Divisão de Organização Sanitária, do Ministério da Educação e Saúde, em 24 de agosto de 1945, não recebeu o acompanhamento direto necessário, ficando extraviado. Assim, em 1947, coube a Edith de Magalhães Fraenkel como presidente da Divisão de Educação da ABED apresentar um novo anteprojeto em sessão do 1º Congresso Nacional de Enfermagem, em 18 de março de 1947, aprovado por unanimidade, nos seguintes termos:

Solicitar do Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde a criação do Conselho Nacional de Enfermagem, que será o órgão competente para estudar, regulamentar e fiscalizar todos os assuntos concernentes ao ensino e à prática da enfermagem. (CARVALHO, 1976, p. 255).

Em novembro de 1947, Zaira Cintra Vidal, ainda presidente da ABEn, participou às associadas que outro anteprojeto de organização do Conselho de Enfermagem, sob o nº 66.916/47, havia sido entregue pessoalmente ao Dr. Lourenço Filho, diretor do Departamento Nacional de Educação, esclarecendo que aquele era o quinto processo que a ABEn encaminhava ao Ministério da Educação e Saúde, uma vez que os anteriores achavam-se retidos na gaveta do diretor da Divisão de Organização Sanitária/

No Congresso Nacional de Enfermagem, realizado em 1948, os problemas discutidos em conjunto incluíram a criação do Conselho de Enfermagem. Entretanto nesse Congresso não saiu nenhuma recomendação às autoridades competentes. A responsabilidade de criação do órgão com tal finalidade foi transferida para a ABED, condicionada ao reconhecimento desta como órgão de utilidade pública. Essa decisão ficou expressa na Resolução ABED nº 10/1948, da qual se destaca:

O governo no reconhecimento de utilidade publica à Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas exigirá desta a criação e manutenção de um Conselho Superior de Enfermagem que exercerá as funções de órgão consultivo dos poderes públicos em tudo o que disser respeito à Enfermagem. (CARVALHO, 1976, p. 257).

Havia certa confusão quanto a verdadeira finalidade de um Conselho. No III Congresso Nacional de Enfermagem, o orador oficial da sessão de abertura do evento, Jurandir Lodi, ao falar sobre os avanços da enfermagem na época, recomendou:

Entretanto, porque foi conseguida esta vitória as enfermeiras não devem descansar, precisam continuar lutando para conseguir outra vitória igualmente importante, que é a formação do Conselho Nacional de Enfermagem, citado no discurso de boas-vindas de Zilda Vieira Ramos, presidente da Seção do Distrito Federal. A exemplo dos advogados com a 'Ordem dos Advogados do Brasil', localizada no Ministério de Justiça, e do Conselho Nacional dos Engenheiros, localizado no Ministério do Trabalho, as enfermeiras também devem lutar por um órgão no gênero que defenda os interesses da classe. A função deste Conselho seria a de fiscalizar as escolas e o exercício da profissão. Ninguém melhor do que as enfermeiras para fiscalizar outras enfermeiras. (CARVALHO, 1976, p. 258)

As congressistas alertadas voltaram a insistir na necessidade da criação do Conselho decidindo que a ABED deveria pleitear junto ao Congresso Nacional a aprovação de anteprojeto de lei a ser apresentado, instituindo a Ordem das Enfermeiras do Brasil para disciplinar e fiscalizar o exercício da enfermagem sem ônus para os cofres da União.

Nos anos de 1949 e 1950, não há qualquer referência sobre o assunto, nos arquivos da ABEN, voltando em pauta, em 1953, no período em que Gleite de Alcântara presidiu a então ABED, afirmando que a criação do Conselho de Enfermeiras era um dos assuntos importantes a serem tratados. Entre 1952 e 1955, o projeto de lei sobre a regulamentação do exercício da enfermagem

consolidado na forma da Lei nº. 2.604/55 foi motivo de grande atividade para a ABEn.

Em outubro de 1953, Haydee Guanais Dourado e Beatriz Cavalcante entraram em contato com Jurandir Lodi, diretor da Diretoria do Ensino Superior no MEC, para discutir o projeto de criação do Conselho de Enfermeiras. Recebendo a informação de que poderiam enviar um substitutivo ao projeto de lei no sentido de abrigar no seu texto o Conselho Federal de Enfermagem, esse memorial foi entregue a um dos senadores acompanhado de emenda ao projeto incluindo a criação do Conselho Nacional de Enfermagem ou da Ordem das Enfermeiras. Porém, esse substitutivo não foi apreciado pelo Senado Federal.

Conforme o relato de Carvalho (1976, p. 259), seis anos depois, a ABEn encontrou-se novamente entre duas alternativas de luta; a criação da ordem ou a sindicalização dos enfermeiros. Abordando o tema oficial do XIII Congresso Brasileiro de Enfermagem sobre sindicalismo, alguns oradores manifestaram sua opinião. Maria Rosa Souza Pinheiro sugeriu que fosse criada a Ordem ou Conselho de Enfermeiros, ao invés de sindicato a exemplo das enfermeiras do Chile que contavam com o seu Colégio de Enfermeiras. Cesarino Junior destacou as competências de um e de outro, como entidades completamente distintas.

Na falta de estudos mais aprofundados sobre qual das duas opções seria a melhor para a classe, o relatório final do Congresso recomendou às Seções da ABEn que discutissem o problema com seus associados. O interesse das seções não foi suficiente. Assim no período de 1958 a 1962, o assunto foi retomado por Marina de Andrade Resende, presidente da ABEn na época, e da Comissão de Legislação, continuando a agir junto ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, a fim de obter a classificação do enfermeiro como profissional liberal, o que lhe daria mais força em suas reivindicações.

Nesse período vários estudos foram realizados, resultando em propostas redigidas na forma de esboços da constituição do Conselho de Enfermagem. O primeiro estudo foi elaborado por Josefa Jorge Moreira e Maria Dolores Lins de Andrade, com alguns acréscimos da presidente da ABEn, Marina de Andrade Resende, assim recomendando:

1) A divisão do território nacional em nove regiões para efeito de constituição e jurisdição dos Conselhos Regionais.

- 2) O número de membros do Conselho Federal seria de sete e igual número de suplentes eleitos pelos delegados dos Conselhos Regionais e da Associação Brasileira de Enfermagem com mandato de cinco anos.
- 3) A composição dos Conselhos Regionais seria proporcional ao número de enfermeiros inscritos na região correspondente.
- 4) Vinte por cento da renda do Conselho Federal deveria ser proveniente do valor pago pelos enfermeiros ao sindicato. (CARVALHO, 1976, p. 261).

Em 1962 foi eleita nova diretoria da ABEn com Clarice Della Torre Ferrarini na presidência. Em 1963 foi feito o segundo esboço de anteprojeto de lei instituindo os Conselhos de Enfermagem, tendo merecido um estudo mais aprofundado com a assessoria de um perito em legislação trabalhista. A tarefa de redigir o anteprojeto, com referência aos estudos anteriores, foi entregue ao professor A. F. Cesarino Junior, concluindo a tarefa em 02 de dezembro de 1963. No anteprojeto constavam as seguintes propostas:

- 1) o uso das siglas COFEN e COREN para designar o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Enfermagem;
- 2) inclusão de todo pessoal de enfermagem habilitado nos termos das Leis nº 2.604/55 e Decreto nº 50.387/61;
- 3) composição do Conselho Federal foi aumentada para dez membros efetivos e dez suplentes com mandato de três anos divididos em duas comissões: a Comissão Executiva Federal e a Comissão Fiscal Federal composta cada uma de cinco membros;
- 4) os membros da Comissão Executiva Federal deveriam pertencer: seis a subcategoria dos enfermeiros, dois a subcategoria das obstetrizes e enfermeiras obstétricas e dois a subcategoria dos auxiliares de enfermagem, entretanto, na presidência teria que ser enfermeiro;
- 5) as demais categorias (parteiras, enfermeiros práticos, práticos de enfermagem e parteiras práticas) poderiam pertencer a Comissão Fiscal Federal;
- 6) com exceção de um membro efetivo e um suplente que seriam eleitos pela ABEn todos os demais membros do COFEN seriam eleitos pelos delegados eleitores de cada Conselho Regional;
- 7) os CORENs teriam dez membros efetivos e dez suplentes divididos entre as comissões: Executivas Regionais e Fiscais Regionais. (CARVALHO, 1976, p. 262).

Esse anteprojeto foi discutido pela diretoria em duas reuniões em 1963 e 1964, com a participação da diretoria da ABEn, sob a presidência de Circe de Melo Ribeiro, o autor do anteprojeto Cesarino Junior e representantes de sindicatos para discutir e apreciar o documento. Do encontro resultou a revisão do anteprojeto do qual foram retiradas as obstetrizes, enfermeiras obstétricas, parteiras e parteiras práticas.

Carvalho (1976, p. 268) relata que novos estudos foram realizados, contendo os seguintes pontos de destaque:



- 1) o número de artigos foi reduzido para quarenta e cinco;
- 2) tanto o Conselho Federal como os Regionais seriam constituídos exclusivamente por profissionais portadores de diploma de curso de enfermagem de nível superior;
- 3) o Conselho Federal e os Regionais eram órgãos supervisores da ética profissional em todo o país ao mesmo tempo julgadores e disciplinadores dos profissionais de enfermagem habilitados nos termos das Leis nº 2.604 de 17/09/55 e nº 282 de 14/07/56 e decreto 50.387 de 20/03/61;
- 4) foram excluídas as Comissões Executivas e Fiscal;
- 5) os casos omissos deveriam ser decididos pelo Ministro da Saúde. (CARVALHO, 1976, p. 268).

Mediante o empenho das representantes da enfermagem brasileira na época, em 1973, decorridos vinte e oito anos, foi aprovada a Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, na sua décima versão de projeto de lei, determinando a composição do Conselho Federal com nove membros, todos portadores de diploma de curso superior e para os Conselhos Regionais três quintos de enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias.

Após a promulgação da Lei, a presidente da ABEn com as conselheiras indicadas pelo Ministro do Trabalho Arnaldo Prieto escolheram a data para a posse dos membros que aconteceu em 23 de abril de 1975, no próprio Ministério do Trabalho em Brasília.

O primeiro plenário do Conselho Federal de Enfermagem teve como integrantes as seguintes enfermeiras:

Presidente: Maria Rosa Souza Pinheiro

Vice-Presidente: Amália Correa de Carvalho

1ª Secretária: Helena Nery

1ª Tesoureira: Raimunda da Silva Becker

2ª Secretaria: Vani Maria C. Faraon

2ª Tesoureira: Judith Feitosa de Carvalho

Conselheiros: Edna Duarte Bispo, Jandyra Santos Ouriço e Terezinha Patrocínio do Vale.

Assim, na trajetória histórica da regulamentação da enfermagem brasileira, como consequência do surgimento da enfermagem moderna, esta se funde com a história do atual sistema autárquico constituído pelo Conselho Federal de Enfermagem e vinte e sete Conselhos Regionais de Enfermagem, órgão

responsável pela regulamentação e fiscalização do exercício da enfermagem no Brasil.

Resumindo, o processo de regulamentação da enfermagem brasileira teve início em 1931, mediante regulamentação direta do então Departamento Nacional de Saúde Pública, atual Ministério da Saúde. Em 1955, houve a promulgação de uma nova lei que determinava as condições e as atribuições profissionais necessárias ao exercício das atividades de enfermagem; sem, contudo extinguir a figura do enfermeiro prático. Com a criação de um sistema autárquico, em 1973, regulamentador e disciplinador do exercício profissional da enfermagem no Brasil, constituído pelo Conselho Federal de Enfermagem e por 27 Conselhos Regionais de Enfermagem, a enfermagem brasileira encaminhou projeto de lei ao Congresso Nacional, a fim de garantir o reconhecimento da enfermagem como profissão regulamentada. Tal objetivo foi alcançado em 1986, com a homologação da Lei 7.498/86, estabelecendo as categorias profissionais em enfermagem e as suas respectivas atribuições. Neste ato ficou extinta a categoria do enfermeiro prático na prestação de assistência direta ao paciente, devendo esta ser prestada somente pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, respeitados os diferentes graus de complexidade da assistência, conforme determinação legal. Somado a esta Lei, o Conselho Federal de Enfermagem possui a garantia legal de baixar resoluções em matérias específicas da enfermagem, não contempladas em outras leis federais, tendo o mesmo valor legal. Como exemplo de autonomia do enfermeiro brasileiro, este possui a garantia legal para a prescrição de medicamentos estabelecidos nos programas de saúde.

Na história da regulamentação da enfermagem brasileira, Oguisso (2007) afirma:

Muitas vezes, o caminho político constitui o atalho para alcançarmos as metas traçadas, Florence Nightingale usou esse método e deixou-nos esse legado, e as pioneiras da enfermagem brasileira também percorreram esse caminho para que os objetivos fossem atingidos no menor prazo possível e ficassem formalmente registrados os direitos e as condições necessárias para o exercício legal da profissão no país, como comprovam as inúmeras leis e os decretos sobre o ensino e o exercício da enfermagem que foram aprovadas e encontram-se em pleno vigor. (OGUISSO, 2007, p. XI e XII).

### 2.3.2 Atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde

As atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde estão previstas na Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Aproveitamento da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Esta Portaria foi motivo de questionamento judicial, por parte do Conselho Federal de Medicina, resultando numa mudança de redação, com finalidade de ampliar a compreensão do texto, sem interferir na proposta inicial da PNAB. Desse modo, em reunião realizada em 25 de abril de 2007, foi proposta uma nova Portaria GM/MS, sob o nº 1625/2007 que, publicada em 10 de julho de 2007, aprovou nova redação de atribuições do enfermeiro na ABS, especificamente do enfermeiro que atua nas equipes saúde da família, ser apresentada adiante.

A Portaria da PNAB (Anexo II), referente a atribuições profissionais, estabelece atribuições globais e específicas. As atribuições globais são compartilhadas entre todos os integrantes das equipes de saúde, a saber:

- I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;
- III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;
- IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;
- V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;
- VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
- VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

- X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;
- XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;
- XII - participar das atividades de educação permanente; e
- XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais. (Anexo II)

As atribuições específicas são privativas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Para o enfermeiro do PACS cabe:

- I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;
- III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;
- IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;
- V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
- VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e
- VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Ao enfermeiro da ABS compete:

- I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;
- III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;
- IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;
- V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e
- VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF. (Anexo II).

Considerando o trabalho em equipe como princípio da ABS para garantia da integralidade na atenção à saúde da população, em decorrência da

manifestação do Conselho Federal de Medicina, questionando atribuições do enfermeiro na ABS, em 25 de abril de 2007, foi firmado um consenso em representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Federal de Medicina e do Conselho Federal de Enfermagem, fato este que justifica a realização deste estudo.

Como resultado da reunião supracitada, da qual a pesquisadora teve a oportunidade de participar ativamente, foi baixada a Portaria GM/MS nº 1.625/2007, alterando as atribuições do enfermeiro das equipes de saúde da família, da seguinte forma:

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral às pessoas e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários.

II - realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, os gestores estaduais, os municipais ou os do Distrito Federal. (NR)

O MS, objetivando a formação de recursos humanos para a saúde, em cumprimento a uma das finalidades do SUS, estabeleceu com o MEC um programa interministerial no processo de reorientação da formação profissional em saúde. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, conhecido como Pró-saúde, foi instituído através da Portaria Interministerial nº 2.101/2005, em 03 de novembro de 2005, envolvendo cursos de graduação em saúde e secretarias municipais relacionadas, tendo por finalidade a formação profissional compatível com as atribuições estabelecidas na legislação sanitária. (BRASIL, 2007).

O Pró-saúde antevê uma escola integrada ao serviço público de saúde e que dê respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS.

Esta iniciativa tem por objetivo a aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. O distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontada em

todo mundo um dos responsáveis pela crise do setor da Saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS, na medida em que a experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer à propedêutica complementar, cada dia mais custosa.

O Brasil registra experiência histórica de aproximação entre a academia e os serviços, mas essa ainda está muito aquém do que seria necessário. Projetos experimentais, vinculados a pequenas partes das escolas de medicina, odontologia e enfermagem deveriam se expandir e tornar-se o centro do processo de ensino e aprendizagem.

## 2.4 DIRETRIZES NACIONAIS DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

### 2.4.1 Percurso histórico

O percurso histórico das diretrizes nacionais da formação do enfermeiro, na sua etapa preliminar, acompanha a história da criação das escolas de enfermagem no Brasil.

Inicialmente, no Decreto n. 791/1890, que instituiu a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados, transcrito por Moreira (2007), consta o conteúdo que deveria constar no curso, a saber:

(1) noções práticas de propedêutica clínica; (2) noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos e aplicações balneoterápicas; (3) de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias. (MOREIRA, 2007, p. 108).

Posteriormente, em 1923, o primeiro programa oficial da Escola de Enfermagem Anna Nery que, na análise de Rizzotto (1999), não se diferenciava fundamentalmente do *Standart Curriculum for Schools of Nursing* em vigor nos Estados Unidos desde 1917, incluía:

(1) princípios e métodos da arte de enfermeira; (2) bases históricas éticas e sociais da arte de enfermeira; (3) anatomia e fisiologia; (4) higiene individual; (5) administração hospitalar; (6) terapêutica farmacológica; (7) matéria médica; (8) métodos gráficos da arte de enfermeira; (9) física e química aplicadas; (10) patologia elementar; (11) parasitologia e microbiologia; (12) cozinha e nutrição; (13) arte de enfermeira (a) em clínica médica, (b) em clínica cirúrgica, (c) em doenças epidêmicas, (d) em doenças venéreas e da pele, (e) em tuberculose, (f) em doenças nervosas e mentais, (g) em pediatria, (h) em obstetrícia, (i) em ginecologia, (j) em otorrinolaringologia e oftalmologia; (14) higiene e saúde pública; (15) radiografia; (16) campo de ação da enfermeira; (17) problemas sociais e profissionais; (18) serviço de sala de operações; (19) serviço de saúde pública; (20) serviço administrativo hospitalar; (21) serviço de dispensários; (22) serviço de laboratórios; (23) serviço privado; (24) serviço obstétrico; (25) serviço pediátrico. (RIZZOTO, 1999, p. 63).

Na seqüência histórica, em 06 de agosto de 1949, foi promulgada a Lei n. 775/49, dispondo sobre o ensino da enfermagem no País, exigindo o curso ginásial como escolaridade mínima de acesso aos cursos de enfermagem. Esta mesma lei determinou que os cursos fossem oferecidos em duas modalidades e

tempo de duração: curso de enfermagem (36 meses) e o curso auxiliar de enfermagem (18 meses).

Com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei n. 4.026/61, coube ao Conselho Federal de Educação (CFE) fixar os novos critérios e a duração dos cursos superiores. Assim, tendo por base o Parecer CFE n. 271/62 que fixava o currículo mínimo do Curso de Enfermagem e o Parecer CFE n. 303/63 que estabelecia o currículo mínimo do Curso de Obstetrícia, reformulados pelo Parecer CFE n. 163/72, em decorrência da Lei da Reforma Universitária, Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968, foi aprovada a Resolução CFE 04/72, determinando o currículo mínimo para os Cursos de Enfermagem e Obstetrícia, contemplando habilitações posteriores à graduação e incluindo o curso de licenciatura em enfermagem.

Em 1994, houve a necessidade de uma nova redefinição do currículo mínimo para o curso de enfermagem, através da Portaria CFE 1.721, de 15 de dezembro, estabelecendo a carga horária mínima de 3.500 horas. Os conteúdos mínimos foram divididos em cinco áreas temáticas e suas respectivas matérias.

Com a vigência da nova LDB, Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, nova reestruturação curricular passou a ser necessária para os cursos de enfermagem, constituindo a Resolução CNE/CES n. 03/2001, em vigor, tema de capítulo posterior.

Para Alves (2000, p. 31), *“a trajetória dos currículos de enfermagem [...] tem buscado mudanças que envolvam a comunidade, as lideranças não-governamentais, a Igreja, os diferentes níveis de prestação de serviços de saúde”*. Desse empenho, em 2005, numa ação interministerial do MS e MEC foi criado o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, objetivando a formação profissional em saúde dirigida para os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS.

O Pró-Saúde tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos acadêmicos no cenário real de práticas do SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início da sua formação.



### 2.4.2 Perfil profissional recomendado pelo MEC

As atuais exigências do mundo do trabalho, no qual o trabalhador é responsável pela sua inserção, através da contínua atualização profissional, além de terem determinado o despontar do conceito de “competência” como um conceito-chave na sociologia do trabalho, trouxeram o modelo das competências para o processo educacional das formações profissionais. A utilidade prática e imediata dos conhecimentos e habilidades adquiridos e a garantia da empregabilidade dos trabalhadores têm norteado a adoção do modelo de competência conceituado por Perrenoud et al. (2002) como

aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, microcompetências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e raciocínio. (PERRENOUD et al. 2002, p. 19).

A concepção de competência no contexto da formação profissional e da análise do trabalho, segundo Rey (2002, p. 47-8), está pautada na competência-comportamento *“pela necessidade da explicitação dos objetivos pedagógicos”*, na competência-função pela sua *“finalidade técnico-social”* e na competência-conhecimento pelo *“poder de geração e de adaptação de ações”*.

Assim, surge a necessidade de se estabelecer um sistema de formação profissional dirigido ao desenvolvimento de competências essenciais à garantia da atuação profissional no cenário atual do trabalho. Demo (1997) destaca a importância de que tais competências sejam dirigidas à humanização do conhecimento, a fim de que este possa servir aos fins éticos da história e não desambe em mera instrumentação da competitividade.

Traçar o perfil profissional pretendido na formação do enfermeiro requer a observância de diferentes níveis de competência que, segundo Deluiz (2001), norteiam as categorias de capacidades e habilidades gerais, comuns aos egressos de todos os cursos, a saber:

1. Técnicas – Domínio de conteúdos necessários ao desenvolvimento do processo de trabalho, à compreensão dos sistemas e das redes de relações de trabalho e à obtenção e utilização adequadas das informações da área específica de trabalho.

2. Organizacionais ou metódicas – Capacidade de autoplanejamento, de auto-organização, de estabelecimento de métodos próprios, de gerenciamento de seu tempo e espaço, desenvolvendo a flexibilidade no processo de trabalho.
3. Comunicativas – Capacidade de cooperação, de trabalho e de expressão e comunicação com a sua equipe de trabalho, pautada no diálogo, no exercício da negociação e na comunicação interpessoal.
4. Sociais – Capacidade de utilizar todos os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas no mundo do trabalho e de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o trabalho e vice-versa.
5. Pessoais – Capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho, de tomar a iniciativa, de exercitar a criatividade, de aprender, de ter abertura às mudanças, de desenvolver auto-estima, atributos que implicam no envolvimento da subjetividade do indivíduo na organização do trabalho.
6. Serviço – Capacidade de compreender e indagar quanto aos impactos dos seus atos profissionais sobre os serviços e a clientela.
7. Sociopolíticas – Capacidade de refletir sobre a esfera do mundo do trabalho, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas do seu trabalho, de ter autonomia de ação e compromisso social e de desenvolver o exercício da cidadania.

A sistematização dos níveis tem por finalidade o respeito aos numerosos e profundos aportes disciplinares do ensino superior, pensando uma formação profissional dirigida para as competências, sendo tarefa do professor, nos dizeres de Perrenoud et al. (2002)

semear desejos, estimular projetos, consolidar uma arquitetura de valores que os sustentem e, sobretudo, fazer com que os alunos saibam articular seus projetos pessoais com os da coletividade na qual se inserem, sabendo pedir junto com os outros, sendo, portanto, competentes". (PERRENOUD et al. 2002, p. 154).

O perfil do egresso dos cursos de graduação em enfermagem, estabelecido nas diretrizes curriculares nacionais, contemplando o enfermeiro generalista e o enfermeiro licenciado, deve visar a seguinte abrangência:

- I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e
- II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (NR)

Waldow (2005), ao articular o pensamento crítico e a preocupação estética necessários ao perfil desejável para o enfermeiro, na condição de profissional comprometido com o processo do cuidar – a essência da enfermagem –, assim esclarece:

O pensamento crítico capacita as pessoas a captarem os contextos de vida e os interesses aí presentes, traz à tona as conexões ocultas e fornece as boas razões para os propósitos humanos. A estética é entendida em sua dimensão essencial como a forma pela qual o ser humano plasma a vida, conferindo-lhe sentido e beleza. (WALDOW, 2005, p. 7).

Desse modo, alcançar o perfil profissional desejável para o enfermeiro não envolve tão somente conhecimentos científicos e habilidades técnicas, mas, a ‘tradução’ de ambos para valores atitudinais, conforme enfatiza Waldow (2005, p. 9). Tais valores expressos em atitudes deverão ser desejados e vivenciados harmonicamente com a maneira do profissional ver o mundo, tendo por base as suas crenças e valores. O perfil profissional desejável resulta da condução do currículo de enfermagem que, centrado no cuidado, deverá propiciar ao discente a demonstração e a expressão de comportamentos compatíveis com o cuidado, cabendo ao docente oferecer estratégias que facilitem e promovam o cuidado. Assim, “*o currículo de enfermagem representa as crenças corporificadas sobre a natureza da disciplina de enfermagem*” (WALDOW, 2005, p. 11).

### 2.4.3 Currículo Nacional Básico

O currículo nacional básico da formação acadêmica de enfermeiros no Brasil é regulamentado pela Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001 (Anexo III), que instituiu diretrizes curriculares nacionais, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação curricular dos cursos de graduação de enfermagem. Ao estabelecer diretrizes, o CNE teve por finalidade conferir autonomia às IES na definição e na flexibilização dos currículos dos cursos, definindo os princípios, os fundamentos, as condições e os procedimentos a serem adotados na formação de enfermeiros, somados ao perfil profissional desejado, a partir da explicitação das competências e habilidades profissionais.

Na preservação da autonomia das IES, o CNE recomenda que os cursos de graduação em enfermagem devam utilizar metodologias e critérios para o acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e dos próprios cursos, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pelas IES às quais os cursos estiverem vinculados.

De acordo com a Resolução supracitada, os cursos de graduação em enfermagem têm como perfil profissional: 1) o enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, e 2) o enfermeiro com licenciatura, capacitado para atuar na educação básica e na educação profissional em enfermagem. Assim, as diretrizes curriculares nacionais para a formação acadêmica de enfermeiros estabelecem competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas, norteadoras dos conteúdos necessários para a aquisição dos conhecimentos requeridos.

As competências e habilidades gerais estão assim estabelecidas:

I) Na atenção à saúde – Desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde individual e coletiva, de forma integral e contínua, mediante pensamento crítico, análise de problemas e busca de soluções, dentro dos padrões de qualidade da assistência à saúde e princípios éticos profissionais.

II) Na tomada de decisões – Demonstração da capacidade de tomar decisões, mediante avaliação, sistematização e escolha das condutas mais adequadas, tendo por base evidências científicas.

III) Na comunicação – Confidencialidade das informações e interatividade profissional, mediante o uso eficaz da comunicação verbal e não-verbal, da habilidade de escrita e leitura, do domínio de pelo menos uma língua estrangeira e das tecnologias de informação.

IV) Na liderança – Aptidão para a liderança, dirigida para o bem-estar da comunidade, com compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomadas de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.

V) Na administração e gerenciamento – Aptidão para tomar iniciativas, gerenciar e administrar recursos humanos, físicos, materiais e de informação, como empreendedores, gestores, empregadores ou líderes da equipe de saúde.

VI) Na educação permanente – Aprendizagem contínua, tanto na sua formação, quanto na sua prática, aprendendo a aprender, tendo responsabilidade e compromisso mútuos com a sua própria formação e de todos os demais profissionais ou acadêmicos presentes na sua área de abrangência, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

A referida Resolução, ao versar sobre as competências e habilidades específicas, destaca aspectos essenciais ao 'ser-enfermeiro'<sup>18</sup>, tais como: a multidimensionalidade humana ao longo do ciclo vital, o exercício da enfermagem como a ciência e a arte do cuidar, a avaliação do contexto social, a proposição de políticas públicas de saúde, o reconhecimento da saúde como direito individual e coletivo, a identificação dos perfis epidemiológicos das populações, a atuação na integralidade da assistência à saúde, o potencial para identificar e solucionar problemas de saúde, a capacidade de coordenar e trabalhar em equipe, a atuação como agente transformador sanitário e formador de recursos humanos para a saúde, o compromisso ético e social ao integrar a equipe de saúde, o zelo pela qualidade de vida de si mesmo e dos outros, o uso das tecnologias aplicadas à saúde, a intervenção no processo saúde-doença nas diferentes necessidades e

---

<sup>18</sup> Expressão criada por Wanda de Aguiar Horta, ao teorizar sobre o SER-ENFERMAGEM como o resultado da relação empática do SER-ENFERMEIRO como SER-PACIENTE, conforme consta no livro da sua autoria: *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

níveis de atenção à saúde, o planejamento e a implementação de programas de educação em saúde dirigidos à especificidade dos diferentes grupos sociais, a participação em diferentes formas de produção de conhecimento profissional, o uso de instrumentos para garantir a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde, a participação na composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde, a assessoria em projetos de saúde, o autocuidado na saúde na busca do bem-estar como cidadão e enfermeiro e o reconhecimento do papel social do enfermeiro na atuação em atividades políticas e de planejamento em saúde.

O parágrafo único, do art. 5º, da Resolução em análise, após a descrição das competências e habilidades gerais e específicas a serem desenvolvidas no processo de formação acadêmica do enfermeiro assim versa: “*A formação do enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento*”. Tal preceito fundamenta o desenvolvimento deste estudo no que se refere a possíveis aproximações e distanciamentos existentes entre a formação acadêmica e a atuação do enfermeiro na atenção à saúde e a sua provável contribuição na proposição das políticas públicas de saúde.

Referente a conteúdos a serem contemplados nos cursos de graduação em enfermagem, “*respeitadas as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região*”, com ênfase para o desenvolvimento da capacidade intelectual e profissional autônoma e permanente do enfermeiro, esses estão assim normatizados na referida Resolução:

- I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;
- II - Ciências Humanas e Sociais – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III - Ciências da Enfermagem - neste tópico de estudo, incluem-se:
  - a) Fundamentos de Enfermagem: os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

- b) Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;
- c) Administração de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e
- d) Ensino de Enfermagem: os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. (NR)

A inclusão do estágio supervisionado no currículo dos cursos de graduação em enfermagem, em carga horária mínima correspondente a 20% (vinte por cento) da carga horária total do respectivo curso, é elemento obrigatório, a ser desenvolvido nos dois últimos semestres dos cursos, devendo assegurar o ambiente mais próximo possível à futura realidade profissional nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro, abrangendo: *“hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades”*. Conforme a norma resolucional, a programação e a supervisão do aluno no estágio curricular supervisionado são de responsabilidade docente, devendo ser assegurada a efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio.

Quanto ao projeto pedagógico dos cursos de graduação em enfermagem, a ser *“construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem”*, conforme versam os art. 8º e 9º do texto resolucional, deverá contemplar atividades complementares presenciais ou a distância, através de estudos e práticas independentes, formando o aluno na perspectiva do futuro enfermeiro engajado no processo de educação profissional permanente. O *“projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”*.

É previsto ainda, em caráter obrigatório, a elaboração de trabalho de conclusão do curso, sob orientação docente.

O art. 14, da Resolução em questão, estabelece os critérios que deverão ser assegurados na estrutura dos cursos de graduação em enfermagem, a saber:

- I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do

perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;

II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;

III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;

IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;

VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e

IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem. (NR)

A norma resolucional, no art. 15, assim estabelece:

a implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares [...] que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento. (NR)

Tal previsão legal destaca a amplitude da observância das diretrizes curriculares para cursos de graduação em enfermagem nos processos de autorização e reconhecimento de novos cursos, bem como, a atualização e o aperfeiçoamento das próprias diretrizes, observadas as novas demandas profissionais e a dinâmica das necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidades.



### 3. MÉTODO

#### 3.1 Tipo da Pesquisa

Considerando as características desta pesquisa, quanto ao tema a ser investigado, este trabalho seguiu percurso metodológico compatível a estudos quantitativo e qualitativo, de acordo com Richardson (2007) que recomenda a integração de pontos de vista, métodos e técnicas como recursos que asseguram a contribuição das pesquisas sociais. Este trabalho foi constituído dentro da tipificação de um estudo descritivo, com apoio em representações gráficas com percentuais simples e análise de conteúdo.

A opção pela pesquisa qualitativa objetivou aumentar a coerência necessária para a compreensão da especificidade do tema proposto, relativo à atuação profissional, participação na proposição de políticas públicas de saúde e formação acadêmica de enfermeiros que atuam na ABS. No entanto, para traçar dados relativos ao perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa, foram utilizadas técnicas quantitativas, em termos gráficos percentuais e, seguindo a condução metodológica de estudos comparativos, os dados quantitativos receberam o delineamento comparativo quanto ao perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa e possíveis diferenças regionais, por ser uma pesquisa de âmbito nacional. O tratamento quantitativo dos dados seguiu o processo sugerido por Cozby (2003, p. 260) de *“comparação de porcentagens entre grupos”* que, mediante análise estatística dos percentuais obtidos, determina a existência ou não de diferença estatisticamente significativa.

Sem desconsiderar o valor da pesquisa quantitativa para o desenvolvimento do saber científico, a pesquisa qualitativa demonstra ser congruente com temas de interesse da saúde por destacar a especificidade de situações relativas a direitos sociais e individuais. Vietta (1995, p. 41) defende *“a análise das vivências como alternativa metodológica de revelação nas pesquisas de natureza qualitativa”*, esclarecendo que tal procedimento *“recusa a busca de generalizações, princípios e leis se atendo no específico, peculiar e singular.”* Na pesquisa qualitativa emergem perspectivas individuais e singulares, enquanto que

na pesquisa quantitativa são evidenciados os aspectos predominantes e repetíveis de um grupo de pessoas, conforme investigado neste estudo.

Comparativamente, Nieswiadomy (1996) destaca que a pesquisa quantitativa tem por fundamentação conceitos relativos ao controle de dados observáveis e a verificação dos resultados, dentro de uma proposição dedutiva; enquanto que, a pesquisa qualitativa objetiva compreender a percepção do indivíduo aos eventos vivenciados, utilizando uma proposição indutiva. Richardson (1989) esclarece que a pesquisa qualitativa é regida por critérios diferentes dos utilizados pela pesquisa quantitativa que, de forma mais rígida, mantém fidelidade à concepção positivista. Sob tal perspectiva, o método qualitativo oferece flexibilidade metodológica ao pesquisador, exigindo *“um conhecimento geral aprofundado da realidade que”* serve *“de contexto ao foco em estudo e dos suportes teóricos principais que”* guiam a atitude investigativa do pesquisador (RICHARDSON, 1989, p. 38). A validade dos resultados da pesquisa qualitativa reside precisamente no rigor com que o pesquisador realiza a busca de significados. O posterior tratamento dos dados coletados que o pesquisador confere ao conteúdo obtido, codificando, categorizando e analisando as unidades temáticas, implementa a busca dos significados.

Polit & Hungler (1995) relatam algumas características de investigação qualitativa que auxiliam na compreensão do conceito, do desenvolvimento e da validade científica da pesquisa qualitativa, tais como:

- (1) compreensão situacional na íntegra.
- (2) isenção de ‘pré-conceitos’ e ênfase na interpretação das situações, de acordo com a fala das pessoas que vivenciam os eventos.
- (3) coleta de informações sem instrumentos estruturados.
- (4) tentativa de captar o contexto da pesquisa na sua integralidade.
- (5) subjetividade para compreender e interpretar as experiências humanas.
- (6) análise categorial e intuitiva das descrições.

Bogdan<sup>19</sup> apud Triviños (1990 p. 128-30) indica como características da pesquisa qualitativa as seguintes condições:

(1) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. [...] (2) A pesquisa qualitativa é descritiva. [...] (3) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto. [...] (4) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente. [...] (5) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa. (BOGDAN apud TRIVIÑOS, 1990, p. 128-130).

De acordo com Richardson (1989),

os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos. (RICHARDSON, 1989, p. 39).

Desse modo, o procedimento metodológico qualitativo não se constitui numa ‘ferramenta’, mas sim numa forma de ser do pesquisador frente ao tema escolhido para estudo. Esse jeito de ser do pesquisador obedece a uma coerência entre tema, referencial teórico e método; por isso, é desenvolvido através de diferentes modalidades ou tipos de pesquisa qualitativa. Quando essa coerência é visualizada, é possível estabelecer o indicativo da modalidade qualitativa mais apropriada ao estudo pretendido.

Para Soriano (2004), o estudo qualitativo descritivo, próprio da pesquisa social, tem por objetivo principal

obter um panorama mais acurado da magnitude do problema ou da situação, hierarquizar os problemas, extrair elementos de juízo para estruturas políticas ou estratégias operacionais, conhecer as variáveis associadas e fixar as orientações para a prova das hipóteses. (SORIANO, 2004, p. 27).

Conforme propõem Polit e Hungler (1995, p. 14), todos os estudos de natureza científica têm por finalidade geral “*responder a questões ou solucionar problemas*”, por isso, “*estudos descritivos podem ter grande valor à enfermagem*”,

---

<sup>19</sup> BOGDAN, R. C.; BIRTEN, S. K. **Qualitative research for education: an introduction for to theory and methods**. Boston, Allyn and Bacon, 1982, p. 74-97.

considerando que o intuito da pesquisa descritiva é “*observar, descrever e explorar aspectos de uma situação*” (POLIT; HUNGLER 1995, p. 119). Assim, tendo por objetivo traçar o perfil de enfermeiros que atuam na ABS no Brasil, categorizar as atribuições profissionais, formas e instâncias de participação na proposição de políticas públicas de saúde e a contribuição do currículo de formação acadêmica na atuação profissional segundo a concepção dos mesmos, a opção pela pesquisa descritiva atende a afirmativa de Gil (1999, p. 44) ao defender que este tipo de pesquisa constitui a escolha “*que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática*”.

### 3.2 Campo de Estudo

Para compatibilizar o tema com o método a ser seguido neste estudo, o contexto da pesquisa é de abrangência nacional, visto que a PNAB, campo de estudo desta pesquisa, constitui as diretrizes e as normas da atenção básica à saúde para todo o País. No entanto, na implementação da PNAB, as especificidades regionais de caráter epidemiológico, social, político, cultural e ecológico são respeitadas. Conseqüentemente, como a efetivação da PNAB é uma realidade brasileira, na qual enfermeiros desenvolvem múltiplas ações de saúde, a realização deste estudo em abrangência nacional possibilitou uma descrição das realidades regionais e um comparativo inter-regional para conhecer o perfil e vivências dos enfermeiros atuantes na ABS brasileira.

O Brasil é um país de amplitude e diversidade continentais, situado na América do Sul, perfazendo uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados. A sua área territorial corresponde a 47% do território sul-americano e constitui a quinta maior área, em comparação aos demais países do mundo (Figura 1).

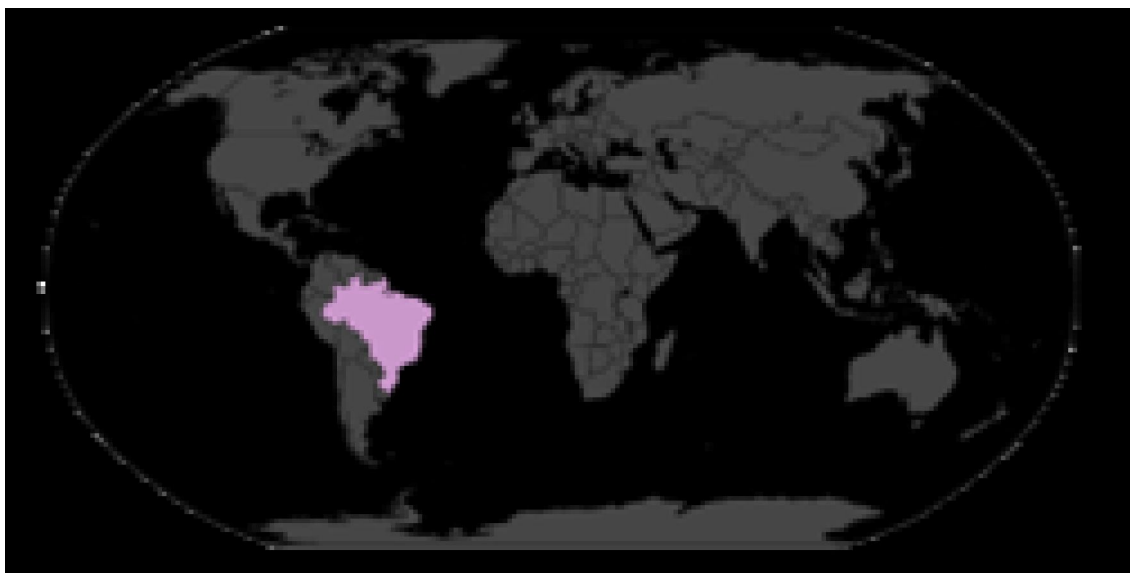


FIGURA 1 – LOCALIZAÇÃO DO BRASIL NO CONTEXTO MUNDIAL  
FONTE: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil>. (WIKIPEDIA, 2008).

Fazendo fronteira com a maioria dos países da América do Sul (Figura 2), exceto Chile e Equador, o Brasil possui limites ao norte com a Venezuela, com a

Guiana, com o Suriname e com o departamento ultramarino da Guiana Francesa; ao sul com o Uruguai; a sudoeste com a Argentina e com o Paraguai; a oeste com a Bolívia e com o Peru e, por fim a noroeste com a Colômbia. O País é banhado pelo oceano Atlântico ao longo de toda sua costa norte, nordeste, sudeste e sul.



FIGURA 2 – MAPA DA AMÉRICA DO SUL

FONTE: <http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/mapas-mundiais/mapa-america-sul.php>

Constitucionalmente denominado República Federativa do Brasil, o Brasil possui a organização política e administrativa exercida entre três poderes – o Judiciário, o Executivo e o Legislativo – e o princípio da autonomia entre União, Distrito Federal e 26 estados federados distribuídos em cinco regiões geográficas (Figura 3).



FIGURA 3 – DIVISÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA DO BRASIL COM DESTAQUE ÀS REGIÕES GEOGRÁFICAS

FONTE: <http://www.portalbrasil.net/brasil.htm>

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), referente a estimativas populacionais por município, divulgadas em 06 de março de 2009, o país conta com 5.565 municípios e possui uma população estimada em 190,6 milhões de habitantes, sendo o quinto maior contingente populacional por país no mundo. A população urbana perfaz 81% do total de habitantes, havendo uma desigualdade de distribuição demográfica. A maior parte da população se concentra ao longo do litoral, enquanto o interior do país ainda hoje é marcado por enormes vazios demográficos (BRASIL, 2009c).

A taxa de fecundidade por casal que, em 1960, atingiu o índice de 6,3 filhos/casal, atualmente é de 2,25 filhos/casal, perfazendo a taxa de fecundidade total<sup>20</sup> de 1,86. Esta queda, associada à melhoria dos indicadores sociais e da

<sup>20</sup> Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por mulher ao final do seu período reprodutivo, em determinado espaço geográfico. Segundo o IBGE (BRASIL, 2008a), a taxa de fecundidade total é obtida pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para cada idade das mulheres residentes de 15 a 49 anos. As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos

qualidade de vida, fará com que a maioria da população tenha entre 15 e 44 anos nas próximas quatro décadas, modificando a pirâmide populacional brasileira que sempre teve nas faixas etárias menores o seu contingente maior. Isso representará um dos maiores mercados de trabalho e de consumo dentre os países das Américas, nas próximas décadas (BRASIL, 2008a).

A análise da evolução dos dados demográficos, relacionadas com o estado de saúde da população brasileira (tabela 1), permite afirmar que o Brasil apresenta uma progressão constante na melhoria da expectativa de vida e nas taxas de natalidade, mortalidade e fecundidade total, dados estes que retratam resultados advindos das atuais práticas de saúde. No entanto, tais resultados ainda podem e devem melhorar, a se persistir na adoção plena da PNAB e na efetivação total do SUS, sem desconsiderar a necessidade de unir políticas públicas de educação, habitação, saneamento básico, transporte e segurança pública, entre outras.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DE INDICADORES DEMOGRÁFICOS BRASILEIROS DE 1990 A 2008

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Esperanças de vida ao nascer	66,57	68,49	70,43	70,71	71,00	71,29	71,59	71,88	72,18	72,48	72,78
Taxa de natalidade (por mil hab.)	24,21	21,93	21,13	20,84	20,33	19,76	19,12	18,45	17,75	17,06	16,38
Taxa de mortalidade (por mil hab.)	6,95	6,55	6,34	6,33	6,32	6,30	6,29	6,28	6,27	6,27	6,27
Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	47,00	37,90	30,10	29,20	28,40	27,50	26,60	25,80	25,00	24,10	23,30
Taxa de fecundidade total	2,79	2,51	2,39	2,34	2,27	2,20	2,13	2,06	1,99	1,93	1,86

FONTE; IBGE (BRASIL, 2008a).

De colonização portuguesa, o Brasil é o único país de língua portuguesa do continente americano. A religião com mais seguidores é o catolicismo, sendo o país com maior número de católicos nominais do mundo, havendo parcela significativa da população de confissão evangélica, além do expressivo aumento da desfiliação religiosa nos últimos anos. A sociedade brasileira é uma das mais

---

nascidos vivos tidos por mulher, por ano das faixas etárias de 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 e 45-49 anos. Essas taxas são estimadas por meio de metodologias demográficas sofisticadas, geralmente aplicadas a dados censitários e a pesquisas domiciliares.



multirraciais do mundo, sendo formada por descendentes de europeus, indígenas, africanos e asiáticos.

O IBGE (BRASIL, 2008a), baseado na cor da pele ou raça, classifica o povo brasileiro entre cinco grupos: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. De acordo com a Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios de 2006, a população do Brasil era composta por 93,096 milhões de brancos, 79,782 milhões de pardos, 12,908 milhões de pretos, 919 mil amarelos e 519 mil indígenas. Na tabela 2, estes números estão expressos em termos percentuais.

TABELA 2 – QUANTITATIVO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA POR RAÇA

Raça	Frequência em Milhões	Percentual	Percentual Acumulativo
Branca	93,096	49,7	49,7
Parda	79,782	42,6	92,3
Preta	12,908	6,9	99,2
Amarela	0,919	0,5	99,7
Indígena	0,519	0,3	100
Total	187,224	100	100

FONTE: IBGE (BRASIL, 2008a).

Nona maior economia do planeta e maior economia latino-americana, o Brasil tem hoje forte influência internacional, seja em âmbito regional ou global. O País possui 20% da biodiversidade mundial, sendo exemplo desta riqueza a Floresta Amazônica, com 3,6 milhões de quilômetros quadrados.

Tais dados justificam a diversidade e a desigualdade presentes na realidade nacional, não somente entre as diferentes regiões geográficas, mas, igualmente, entre unidades da federação da mesma região geográfica e municípios situados na mesma unidade da federação. Assim, considerando os objetivos deste estudo e partindo do princípio de que a PNAB é de abrangência nacional, foi reconhecida a necessidade de conhecer o perfil e a opinião de enfermeiros que atuam na ABS em diferentes regiões geográficas do País que independe da representatividade numérica de enfermeiros nas Unidades da Federação escolhidas ou da densidade demográfica de cada Estado.

Foram escolhidas cinco unidades da federação, em igual número ao das regiões geográficas brasileira, a saber: Amazonas, (Região Norte), Piauí (Região

Nordeste), Mato Grosso do Sul (Região Centro-oeste), Espírito Santo (Região Sudeste) e Paraná (Região Sul). A escolha destas unidades da federação resultou da análise crítica da pesquisadora, considerando dados geográficos, culturais, sociais e econômicos de cada Estado. A escolha da unidade da federação do Amazonas teve por fundamentação a representatividade global deste Estado na região norte do País que abrange a maior parte da Amazônia legal. Na região nordeste, o estado do Piauí foi escolhido por retratar carência social e econômica no ranking nacional, com 59,1% da população incluída na proporção de pobres (3º lugar no ranking nacional), com taxa de analfabetismo de 26,23% (2º lugar no ranking nacional), com incidência de trabalho infantil de 19,68% (2º lugar no ranking nacional) e com um PIB que representa 0,5% do valor nacional, última colocação na região nordeste (DATASUS, 2008). Apesar destes indicadores sociais e econômicos preocupantes, o Piauí é destaque nacional nos resultados da avaliação da educação básica ofertada por escolas públicas, tendo superado o próprio Índice de Desenvolvimento da Educação Básica em 2007 (INEP, 2008), dado este decisivo na escolha da pesquisadora pelo Piauí como representante da região nordeste. Na obtenção de dados provenientes da região centro-oeste, foi escolhido o estado do Mato Grosso do Sul, pelos antecedentes profissionais da pesquisadora vinculados àquele Estado. O estado do Espírito Santo, situado na região Sudeste, foi escolhido pela observação empírica da pesquisadora ao constatar que, sendo o Sudeste a região geográfica que mais concentra massa crítica no País, a maior parte das pesquisas realizadas nesta região é desenvolvida nos estados de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, observação esta que norteou a decisão da pesquisadora pela coleta de dados no Espírito Santo. O estado do Paraná, como representante da região sul, deu-se pelo vínculo da pesquisadora ao programa de pós-graduação em educação da Universidade Federal do Paraná.

### 3.3 Seleção dos Participantes

Tendo por base o tema e a abrangência desta pesquisa, a população alvo é constituída por enfermeiros que atuam cotidianamente na ABS nas diferentes regiões geográficas do País. No entanto, a pesquisa foi realizada sobre amostra representativa extraída da população de enfermeiros, “*com o propósito de revelar o comportamento de diversas variáveis em estudo no conjunto da população*”, conforme orienta Soriano (2004 p. 204).

Para Soriano (2004 p. 205),

o conceito de *população* engloba a totalidade dos elementos que possuem as principais características analisadas e seus valores são denominados *parâmetros*. Quando se recorre ao uso de amostras, os resultados obtidos são generalizados ao conjunto da população, segundo os níveis de confiança e exatidão especificados no cálculo do tamanho da amostra.

[...] Ao contrário do que muitas pessoas supõem, projetar uma amostra não é apenas calcular o número de casos e indicar quem serão os entrevistados, mas implica também prever os problemas que podem surgir no levantamento. (SORIANO, 2004, p. 205).

Seguindo essa orientação metodológica, na definição da amostra desta pesquisa, foi adotado o procedimento probabilístico por conglomerados, no qual as unidades de análise foram selecionadas aleatoriamente nas Unidades da Federação supracitadas, procedimento este reconhecido como muito útil para estudos em grande escala, cuja principal vantagem consiste em poupar recursos e tempo (SORIANO, 2004 p. 210-211).

Spata (2005 p. 30) esclarece que “*quando o objetivo do estudo é descrever ou fazer inferências sobre características da população, o pesquisador deve usar as técnicas de amostragem probabilística*”. Neste estudo, foi utilizada a técnica de amostragem aleatória simples, reconhecida por Spata (2005 p. 31) como “*a maneira menos enviesada de se selecionar participantes*”, na qual “*qualquer membro da população tem uma oportunidade igual de ser selecionado para a amostra*”, objetivando constituir uma amostra representativa de enfermeiros, cujas vivências e características profissionais refletem as vivências e características da população de enfermeiros que atuam na ABS no Brasil.

De acordo com dados do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2009a), a população de enfermeiros no Brasil é de 180.644 profissionais. A tabela

3 apresenta o quantitativo de enfermeiros por sexo, a população brasileira e o número de habitantes por enfermeiro, distribuídos por região geográfica e unidade da federação.

**TABELA 3 – QUANTITATIVO DE ENFERMEIROS POR SEXO, POPULAÇÃO BRASILEIRA E NÚMERO DE HABITANTES/ENFERMEIRO, DISTRIBUÍDOS POR REGIÃO GEOGRÁFICA E UNIDADE DA FEDERAÇÃO**

	Enfermeiros						População do Brasil em milhões	Número de habitantes x enfermeiro
	Total	Por Sexo						
		Feminino Número	(%)	Masculino Número	(%)			
BRASIL	180.644	162.899	90,2	17.745	9,8	190,6	1.055	
Região Norte	14.194	12.311	86,7	1.883	13,3	15,6	1.100	
Acre	742	644	86,8	98	13,2	0,7	943	
Amazonas	6.299	5.453	86,6	846	13,4	3,5	555	
Amapá	472	375	79,4	97	20,6	0,6	1.271	
Pará	4.043	3.545	87,7	498	12,3	7,4	1.830	
Rondônia	815	720	88,3	95	11,7	1,6	1.963	
Roraima	440	360	81,8	80	18,2	0,4	909	
Tocantins	1.383	1.214	87,8	169	12,2	1,4	1.012	
Região Nordeste	39.530	36.123	91,4	3.407	8,6	52,2	1.321	
Alagoas	1.846	1.764	95,6	82	4,4	3,1	1.679	
Bahia	9.092	8.449	92,9	643	7,1	14,0	1.539	
Ceará	6.907	6.190	89,6	717	10,4	8,3	1.201	
Maranhão	3.530	3.040	86,1	490	13,9	6,4	1.813	
Paraíba	4.304	4.048	94,1	256	5,9	3,6	836	
Pernambuco	5.518	5.186	94,0	332	6,0	8,6	1.558	
Piauí	2.546	2.227	87,5	319	12,5	3,1	1.218	
Rio Grande do Norte	2.451	2.206	90,0	245	10,0	3,1	1.264	
Sergipe	3.336	3.013	90,3	323	9,7	2,0	599	
Região Centro-oeste	12.437	11.119	89,4	1.318	10,6	13,9	1.118	
Distrito Federal	4.574	4.092	89,5	482	10,5	2,6	568	
Goiás	4.121	3.771	91,5	350	8,5	5,8	1.407	
Mato Grosso do Sul	1.714	1.524	88,9	190	11,1	2,5	1.458	
Mato Grosso	2.028	1.732	85,4	296	14,6	3,0	1.479	
Região Sudeste	85.025	76.214	89,6	8.811	10,4	80,8	950	
Espírito Santo	3.242	2.857	88,2	385	11,8	3,6	1.110	
Minas Gerais	15.721	14.055	89,4	1.666	10,6	20,1	1.278	
Rio de Janeiro	20.828	18.232	87,5	2.596	12,5	15,9	763	
São Paulo	45.234	41.070	90,8	4.164	9,2	41,2	910	
Região Sul	29.458	27.132	92,1	2.326	7,9	28,1	953	
Paraná	8.910	8.151	91,5	759	8,5	10,8	1.212	
Rio Grande do Sul	14.245	13.048	91,6	1.197	8,4	11,2	786	
Santa Catarina	6.303	5.933	94,1	370	5,9	6,1	967	

FONTE: A Autora (2009)

Em dezembro de 2008, conforme informação do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS, havia um total de 29,3 mil ESF implantadas, distribuídas em 5.265 municípios brasileiros. Considerando que para a implantação de cada ESF, a presença de um enfermeiro por equipe é condição precípua, é possível afirmar que, no mínimo, 16,9% da população de enfermeiros atua no PSF que, por si só, constitui a principal estratégia da ABS brasileira, mas não a totalidade de programas da ABS, podendo haver ESF com mais de um enfermeiro na equipe.

Neste estudo, foram aplicados quinze questionários em cada região geográfica, totalizando setenta e cinco questionários no âmbito nacional. Por ser um estudo cujo enfoque principal é qualitativo, este número demonstra ser suficiente, uma vez que, na pesquisa qualitativa emerge a própria singularidade do participante (VIETTA, 1996; RICHARDSON, 1989; NIESWIADOMY, 1993; BARDIN, 1994; POPE e MAYS, 2005).

### 3.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Esta pesquisa cumpriu etapas metodológicas, baseadas em diretrizes e critérios derivados do estudo científico que, em todas as áreas do conhecimento humano, visa descrever, explicar e prever os fenômenos (SORIANO, 2004 p. 24).

Para Soriano (2004),

Um dos objetivos básicos que conferem relevância à pesquisa científica é o de identificar problemas e descobrir as inter-relações entre fenômenos e variáveis específicas, para fazer previsões que permitam tanto estruturar políticas e estratégias quanto contribuir para o desenvolvimento teórico da ciência social. Isto só se consegue se forem observadas as regras metodológicas que resultam de um modelo teórico e se houver o cuidado de que tanto as técnicas utilizadas como o projeto e a aplicação dos instrumentos para levar a efeito a pesquisa forneçam informação isenta. (SORIANO, 2004, p. 25).

Neste estudo, a pesquisadora optou pelo questionário como instrumento de coleta de dados, construído de acordo com os objetivos da pesquisa, seguindo a seqüência lógica de: perfil-atribuições-formulação de políticas públicas-formação acadêmica, agrupando as perguntas sobre o mesmo tema, com o objetivo de facilitar o raciocínio do participante da pesquisa ao responder o questionário. Segundo Soriano (2004 p. 192), tal cuidado tem por finalidade “*determinar a congruência da informação e tornar menos enfadonha a tarefa de responder ao questionário.*” Desse modo, o questionário contemplou perguntas fechadas e abertas, com a finalidade de facilitar a codificação dos dados e garantir informação sem limitações de opiniões, respectivamente.

Na construção do questionário desta pesquisa foram consideradas as ligações com os procedimentos de codificação e processamento das informações, bem como a análise dos dados, acatando ao que Soriano (2004 p.164) adverte: “*às vezes o formato dos questionários utilizados atrasa essas fases, sobretudo a de processamento de dados, por não prever os problemas da codificação*”. Para Soriano (2004 p. 166) a codificação é uma etapa da pesquisa indispensável porque facilita o processamento e a apresentação dos resultados, entendendo-se por codificação, “*a atribuição de um número letra ou símbolo a cada alternativa de resposta a cada pergunta*”.

A codificação utilizada no questionário deste estudo foi do tipo ‘alfanumérico’, aplicado a cada pergunta. Nas perguntas fechadas, coube a cada

participante escrever o número correspondente a sua resposta no respectivo espaço ao lado da questão. Por isso, todas as perguntas do questionário foram ordenadas por letras maiúsculas de 'A' a 'L', totalizando onze perguntas, das quais sete do tipo fechada e quatro do tipo aberta.

As perguntas fechadas agrupadas, predominantemente, nas questões de 'A' a 'G' tiveram por finalidade traçar o perfil dos participantes da pesquisa, referente ao município e unidade da federação de atuação na ABS, ao sexo, à idade, à formação acadêmica e à atuação profissional, conforme relacionadas a seguir:

A) Escreva na linha abaixo o nome da cidade e no quadrado à direita anote o número correspondente ao Estado no qual a cidade se localiza.

**Cidade e Estado onde atua na Atenção Básica à Saúde (ABS).**

---

**Estado** ☐

1. AM

2. ES

3. MS

4. PI

5. PR

B) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**SEXO** ☐

1. Masculino

2. Feminino

C) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Idade** ☐

1. Menos de 20 anos

2. De 20 a 29 anos

3. De 30 a 39 anos

4. De 40 a 49 anos

5. De 50 a 59 anos

6. De 60 anos ou mais

D) Anote no quadrado à direita os números correspondentes à sua resposta.

**Formação acadêmica**

☐
☐
☐
☐
☐
☐

1. Bacharelado

2. Licenciatura

3. Especialização

4. Mestrado

5. Doutorado

6. Pós-doutorado

E) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Tempo de formação profissional** ☐

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. Menos de 01 ano | 2. De 01 a 03 anos |
| 3. De 03 a 05 anos | 4. De 05 a 10 anos |
| 5. Mais de 10 anos |                    |

F) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Área de atuação na ABS**

☐

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. PACS        | 3. UBS              |
| 2. PSF         | 4. Unidade 24 horas |
| 5. Outra _____ |                     |

G) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Tempo de atuação na ABS**

☐

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. Menos de 01 ano | 2. De 01 a 03 anos |
| 3. De 03 a 05 anos | 4. De 05 a 10 anos |
| 5. Mais de 10 anos |                    |

As perguntas abertas contidas nas questões de 'H' a 'L' tiveram por finalidade conhecer a opinião dos participantes quanto a: atribuições profissionais, participação na formulação das políticas públicas de saúde e formação acadêmica. A codificação das informações obtidas nas questões abertas foi efetuada pela própria pesquisadora, paralela à análise de dados, com o objetivo de agrupar respostas convergentes e registrar a respectiva incidência. Por este motivo, nas questões abertas, foi solicitado que o participante deixasse em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.

Na questão 'H', os participantes da pesquisa relacionaram as ações cotidianas consideradas de maior relevância para a garantia de bons resultados na ABS.

H) Escreva a sua resposta nas linhas abaixo, deixando em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.

Considerando todas as ações que você desenvolve na ABS, relacione 05 (cinco) ações que você considera de maior relevância na garantia de bons resultados na ABS no seu dia-a-dia profissional.

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>



---

☐

A questão 'I' objetivou saber se para os participantes da pesquisa haveria alguma ação não desenvolvida na ABS, mas que, na opinião dele(a), ele(a) gostaria de desenvolvê-la por acreditar que faria a diferença na garantia de bons resultados na ABS no seu cotidiano profissional, apontando até cinco ações.

I) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

Em sua atuação profissional na ABS, há ações que você não desenvolve, mas gostaria de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS no seu dia-a-dia profissional?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, relacione até 05 (cinco) ações que você considera que poderiam fazer a diferença. (Deixe em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.)

---

☐


---

☐


---

☐


---

☐


---

☐

Na questão 'J', foram intercaladas perguntas fechadas e abertas, seguindo o mesmo critério de codificação descrito anteriormente. Esta questão contemplou o tema referente à participação ou não do participante da pesquisa no processo de proposição das políticas públicas de saúde que norteiam o trabalho do próprio enfermeiro, identificação da instância de participação na resposta afirmativa, causas da não participação e manifestação da vontade de participar ou não, apontando os possíveis modos de participação.

J) Anote no quadrado à direita o número que corresponde à sua resposta.

Você participa do processo de proposição das políticas públicas de saúde que norteiam o seu trabalho?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, em que instância? ☐

1. Municipal

2. Estadual

3. Federal

4. Em mais de uma instância

Caso a sua resposta seja negativa, a que você atribui a sua não participação?

---



---

Se você não participa do processo de proposição das políticas públicas de saúde, você gostaria de participar, caso houvesse esta oportunidade?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, relacione até 05 (cinco) itens que correspondam ao seu possível modo de participação na proposição de políticas públicas de saúde. (Deixe em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.)

---

☐  


---

☐  


---

☐  


---

☐  


---

☐

A questão 'L', referente à formação acadêmica, foi elaborada como pergunta aberta com a respectiva codificação efetuada pela pesquisadora, após o recebimento dos questionários respondidos.

L) Escreva a sua resposta nas linhas abaixo, deixando em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.

Considerando a contribuição dos conteúdos das disciplinas que compuseram o currículo da sua formação acadêmica, especificamente na graduação em enfermagem (bacharelado e/ou licenciatura), relacione:

a) 05 (cinco) conteúdos que contribuem cotidianamente na sua atuação profissional na ABS.

---

☐  


---

☐

---

☐  

---

☐  

---

☐

b) 05 (cinco) conteúdos não incluídos na sua graduação, mas que você considera prioritários no currículo de formação do enfermeiro para atuar na ABS.

---

☐  

---

☐  

---

☐  

---

☐  

---

☐

### 3.5 Procedimentos de análise de dados

Ao proceder a análise dos dados coletados, a pesquisadora estabeleceu dois momentos distintos:

#### Momento 1 – Análise dos dados quantitativos

Conforme o referencial de Soriano (2004), os dados quantitativos foram contados, codificados e analisados em termos percentuais simples, quanto ao sexo, idade, grau de escolaridade, tempo de exercício profissional e tempo de atuação dos participantes na atenção básica. A contagem dos dados iniciou com a tabulação manual e posterior utilização do recurso computacional do programa Excel para armazenagem dos dados, representação gráfica e cálculo percentual simples de cada item pesquisado por região geográfica e no âmbito nacional, separadamente. Com os gráficos representados em termos percentuais simples, a pesquisadora inferiu análise comparativa entre as regiões pesquisadas e possíveis determinantes entre os itens pesquisados.

#### Momento 2 – Análise dos dados qualitativos

Os dados obtidos nas perguntas abertas foram submetidos à análise categorial de conteúdo, seguindo o referencial metodológico de Laurence Bardin (1994, p. 31), utilizado para descrição e interpretação de documentos e textos, definido como o “*conjunto de técnicas de análise das comunicações*”. A análise de conteúdo por categorização, proposta por Bardin (1994), aplicável a textos diversificados, é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução, possibilitando a formulação de categorias temáticas por inferência do pesquisador.

Bardin (1994, p. 9) adverte que a análise de conteúdo, enquanto esforço de interpretação, “*oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade*”, cabendo ao pesquisador a paciente tarefa da ‘desocultação’ da mensagem, alongando o “*tempo de latência entre as intuições ou hipóteses de partida e as interpretações definitivas*” e obrigando “*à observação de um intervalo de tempo entre o estímulo-mensagem e a reação interpretativa.*” (BARDIN, 1994, p. 10).

Seguindo a organização de análise recomendada por Bardin (1994, p. 95), este estudo foi sistematizado em torno de três pólos cronológicos, a saber:

### 1) Pré-análise

Definida por Bardin (1994) como a fase de organização, a pesquisadora na pré-análise transcreveu em tabelas as respostas das questões abertas de todos os questionários recebidos, constituindo o *corpus* da pesquisa para a análise categorial de conteúdo. Bardin (1994, p.96) define *corpus* como “o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Dentre as regras previstas por Bardin (1994, p.97) para a constituição do *corpus*, a pesquisadora observou a regra da exaustividade, segundo a qual “*não se pode deixar de fora qualquer um dos elementos por esta ou por aquela razão*”. Para cada questão aberta foi elaborada uma tabela, relacionando as respostas obtidas e a identificação da presença.

### 2) Exploração do material

Neste pólo cronológico, a pesquisadora efetuou a leitura cuidadosa e repetitiva das tabelas com as respostas dadas a cada questão aberta, separadamente, no total de questionários por região geográfica. Essa fase de leitura teve o objetivo de apreender o significado geral das respostas de cada questão no conjunto do grupo, sem desconsiderar conteúdos que emergiram com pouca frequência ou isoladamente. Finalizando o trabalho neste pólo, foi feita uma releitura geral com a finalidade de delinear possíveis categorias temáticas, por critério semântico.

### 3) Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

A categorização temática constituiu a etapa inicial desse pólo cronológico. A pesquisadora, sem traçar previamente um sistema de categorias, optou pelo que Bardin (1994, p. 119) denomina “*classificação analógica e progressiva dos elementos*”, com a atribuição do título conceitual de cada categoria somente no final da operação intelectual. Nesse processo, foi considerada a afirmativa de Bardin (1994, p. 119) de que “*geralmente as categorias terminais provêm do reagrupamento progressivo de categorias com uma generalidade mais fraca*”, bem como, as qualidades de um conjunto de categorias, consideradas boas igualmente por Bardin (1994, p. 120): “*a exclusão mútua*”, [...] “*a homogeneidade*”, [...] “*a pertinência*” [...] “*a objetividade e a fidelidade*” [...] e “*a produtividade*”. Cada

quadro das respostas foi analisado separadamente, com a finalidade de agrupar as respostas de semelhança semântica, determinar a categoria e estabelecer a frequência. Na determinação das categorias, a pesquisadora usou como base de inferência e interpretação a Política Nacional da Atenção Básica, a legislação do exercício profissional da enfermagem e as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem.

Na análise efetuada foi realizado um estudo comparativo entre as diferentes regiões geográficas, com a finalidade de traçar possíveis diversidades regionais.

### 3.6 Questões éticas da pesquisa

Segundo Medeiros et al. (2007, p. 99), *“questionamentos e dilemas éticos estão presentes em qualquer tipo de pesquisa desenvolvida nas distintas áreas das ciências”*. Desse modo, cada fase do processo de investigação, em estudos de abordagem quantitativa ou qualitativa, requer a consideração tanto das normas e diretrizes que norteiam a prática de pesquisa, quanto do código de ética da área específica, ao que Medeiros et al. (2007, p. 109) afirma: *“Isto nos remete a considerar que cada situação vivenciada pelo pesquisador requer um exame cuidadoso de suas responsabilidades éticas.”*

Há consenso entre estudiosos da ética na pesquisa de que qualquer estudo que envolve seres humanos como participantes da pesquisa desperta questionamentos éticos, devendo contar com o consentimento da pessoa, previamente esclarecida quanto a riscos, possíveis transtornos e finalidade do estudo (JORGE; RIBEIRO, 1999, p. 69; MEDEIROS et al., 2007, p. 99; COZBY, 2003, p. 52; LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 157), sendo dever de o pesquisador adotar todas as precauções necessárias para proteger as pessoas que estão sendo estudadas de dano físico ou mental ou constrangimento público.

Tal cuidado na condução de pesquisas foi regulamentado após a Segunda Guerra Mundial, em decorrência do impacto gerado pelas atrocidades cometidas por médicos nazistas, em nome da “pesquisa médica” (LoBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 157). Da preocupação de comunidades científicas em revisar os crimes de guerra de natureza médica e coibir pesquisas danosas à integridade humana, resultaram diversos documentos internacionais que traçaram os princípios básicos para as pesquisas que envolvem seres humanos. Destacam-se, em ordem cronológica: Relatório da Associação Médica Americana (1946); Código de Nuremberg (1947); Declaração dos Direitos do Homem - ONU (1948); Declaração de Helsinque (1964) e suas revisões (1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 e 2008), adotadas pela Associação Mundial de Medicina; Acordo Internacional sobre Direitos Civis e Políticos – ONU (1966), aprovado pelo Congresso Nacional do Brasil em 1992; Declaração Universal dos Direitos do Homem – Paris (1978); Propostas de Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos – CIOMS/OMS (1982 e 1993);

Diretrizes Internacionais para Revisão Ética de Estudos Epidemiológicos – CIOMS (1991).

Burns e Grove (2001), enfatizando o rigor ético necessário ao pesquisador, recomendam:

- 1) O pesquisador deve informar o sujeitos dos seus direitos. 2) O pesquisador deve obter consentimento dos sujeitos. 3) O pesquisador deve assegurar os direitos dos sujeitos durante a condução do estudo. 4) Os resultados dos estudos preservam a identidade dos sujeitos. (BURNS & GROVE, 2001, p. 676-7)

Para Jorge e Ribeiro (1999 p. 69), *“mesmo estudos que não são da área da saúde, como aqueles de natureza educacional, econômica ou sociológica, quando envolvem seres humanos devem ser considerados nesse contexto”*. Os mesmos autores ainda destacam:

a ética em pesquisa visa fundamentalmente garantir que o ser humano objeto da pesquisa seja respeitado quanto à sua vontade de participar ou não do estudo, seja protegido de eventuais malefícios por ele causados e que o conhecimento adquirido seja revertido em benefício da coletividade. (JORGE & RIBEIRO, 1999, p. 68).

No Brasil, a regulamentação inicial de pesquisas envolvendo seres humanos foi instituída pelo Conselho Nacional de Saúde, em 13 de junho de 1988, através da Resolução nº 01/88, denominada Normas de Pesquisa em Saúde. Posteriormente, em 10 de outubro de 1996, através da Resolução nº 196/96, o Conselho Nacional de Saúde estabeleceu as atuais diretrizes e normas regulamentadoras da matéria, complementadas pela Resolução nº 3003.2000, em 06 de julho de 2000, tendo por referência, em ambas as situações, os documentos internacionais citados anteriormente, vigentes na época.

O presente estudo trata de tema da área da saúde, mas, difere de experimentos clínicos ou pesquisas quase-experimentais comuns nesta área, por constituir pesquisa que envolve somente a aplicação de questionários e, conforme Cozby excetua (2003 p. 67), seria passível de dispensa de consentimento informado. Mesmo assim, no âmbito ético, visando documentar a vontade dos participantes, esta pesquisa foi conduzida com base na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pela Resolução COFEN nº 311/2007



(COFEN, 2008). Sendo assim, este estudo foi precedido de projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, conforme o protocolo estabelecido pelo próprio Comitê.

O consentimento pretendido para a realização desta pesquisa foi obtido, inicialmente, por parte dos Conselhos Regionais de Enfermagem do Amazonas, Piauí, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Paraná. Cada Regional expediu ofício, dirigido ao Comitê de Ética supracitado, constituindo parte do projeto aprovado pelo referido Comitê.

Na seqüência, antecedendo a coleta de dados, cada possível participante da pesquisa foi convidado a participar da pesquisa e esclarecido sobre a finalidade do estudo e a aplicação do instrumento da pesquisa na forma de questionário, a ser preenchido pelo participante, considerando que na relação risco-benefício, prevista na Resolução regulamentadora, tratava-se de uma pesquisa que, teoricamente, os participantes estão protegidos de eventuais malefícios físicos, biológicos, psicológicos ou sociais. Mediante a concordância verbal inicial do possível participante da pesquisa, foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido com informações da pesquisa, ficando a pessoa livre e com autonomia decisória para participar ou não da pesquisa, além da salvaguarda do sigilo, da privacidade, da confidência e da permissão de desistência de participação, a qualquer momento da condução da pesquisa, sem qualquer prejuízo ao participante.

Conforme orienta Clotet (2000 p. 95), os termos de consentimento livre e esclarecido foram preenchidos em duas vias, ambas identificadas com o nome do participante, datadas e assinadas, sendo uma retida pelo participante e outra arquivada pela pesquisadora, em confidência estrita, todos guardados em um único arquivo. Cada participante teve a liberdade de preencher o termo de consentimento livre e esclarecido e responder o questionário em local da sua escolha por conveniência e origem.

No tratamento dos dados, o sigilo e o anonimato dos participantes foram assegurados, mediante o uso de código alfanumérico no manuseio dos questionários. Considerando que os questionários vieram das cinco regiões geográficas do País, os questionários provenientes da região norte (Amazonas) receberam a letra A, da região nordeste (Piauí) letra B, da região centro oeste

(Mato Grosso do Sul) letra C, da região sudeste (Espírito Santo) letra D e da região sul (Paraná) letra E. A cada letra foi acrescentado um número de 01 a 15, de acordo com a ordem de recebimento dos questionários, uma vez que foram aplicados quinze questionários por região geográfica, totalizando um conjunto de setenta e cinco questionários.

#### **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

No presente estudo foi usada uma abordagem de análise quanti-qualitativa, considerando a existência dos dois tipos de dados, observados os momentos de pesquisa pré-estabelecidos.

##### **Momento 1 – Análise dos dados quantitativos**

O processo de computação e análise dos dados quantitativos observou a ordem das perguntas e a codificação estabelecida no instrumento de pesquisa, de acordo com o referencial de Soriano (2004). Os dados de cada região geográfica brasileira foram transcritos em processo de tabulação manual, seguidos da contagem nacional posterior.

Conforme o percurso metodológico estabelecido anteriormente, mediante o recurso computacional do programa Excel, cada item codificado foi representado graficamente e analisado em termos percentuais simples quanto ao município e unidade da federação de atuação na ABS, sexo, idade, grau de escolaridade, tempo de exercício profissional, área de atuação na ABS, tempo de atuação na ABS e participação dos participantes da pesquisa na proposição das políticas públicas de saúde.

##### **Municípios nos quais os participantes da pesquisa atuavam na ABS**

###### **Região Norte – Amazonas**

Dos quinze questionários respondidos pelos participantes da pesquisa no estado do Amazonas, oito questionários foram respondidos por enfermeiros que atuavam na ABS em Manáus (a capital do Estado), dois em Manacapuru, três em Parintins e dois em Tefé.

Dos dados obtidos na Região Norte – Amazonas, 54% procederam da capital do Estado e 46% de municípios do interior, distribuídos entre Parintins, Manacapuru e Tefé, conforme percentual representado no gráfico 2.

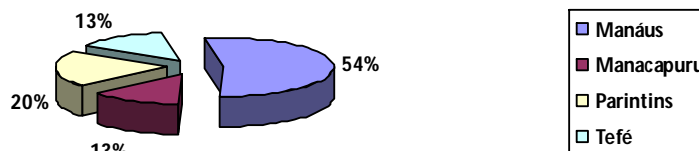


GRÁFICO 2 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO NORTE – AMAZONAS

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Nordeste – Piauí

Considerados os quinze questionários aplicados no estado do Piauí, dois foram respondidos por enfermeiros que atuavam na ABS em Teresina (a capital do Estado). Nos municípios de Brejo do Piauí, Padre Marcos, Valença e Vila Nova do Piauí foi aplicado um questionário em cada município; em Canto do Buriti, Parnaíba e Picos foram aplicados três questionários em cada município, totalizando treze questionários aplicados em municípios no interior do Estado.

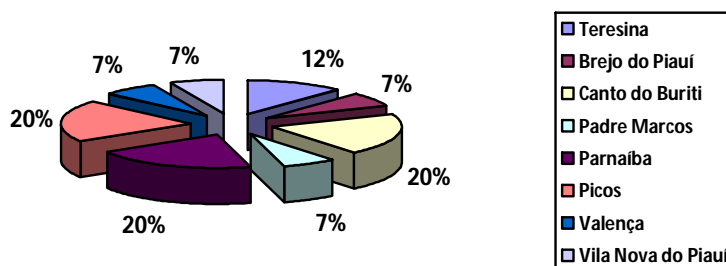


GRÁFICO 3 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ

FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, conforme expressa o gráfico 3, 12% dos questionários foram aplicados na capital do Estado e 88% em municípios do interior piauiense, assim distribuídos: 7% em Brejo do Piauí, 20% em Canto do Buriti, 7% em Padre Marcos, 20% em Parnaíba, 20% em Picos, 7% em Valença e 7% em Vila Nova do Piauí.

#### Região Centro-Oeste – Mato Grosso do Sul

Dos quinze questionários aplicados no estado do Mato Grosso do Sul, quatro questionários foram respondidos por enfermeiros que atuavam na ABS em

Campo Grande (a capital do Estado). Nos municípios de Corumbá e Dourados foram aplicados três questionários em cada município; em Ladário e Naviraí foram aplicados dois questionários por município; e, em Itaporã foi aplicado um questionário, totalizando onze questionários aplicados em municípios no interior do Estado.

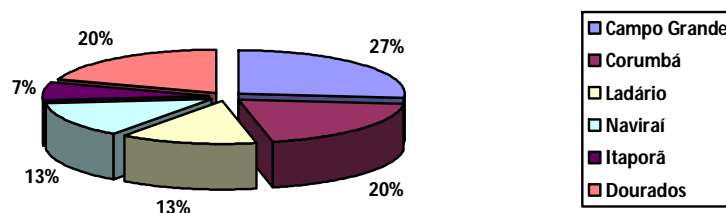


GRÁFICO 4 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL  
FONTE: A Autora (2009)

Conforme representado no gráfico 4, 27% dos questionários foram aplicados na capital do Estado e 73% em municípios do interior do Mato Grosso do Sul, a saber: 20% em Corumbá, 13% em Ladário, 13% em Naviraí, 7% em Itaporã e 20% em Dourados.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

No estado do Espírito Santo, os questionários foram respondidos somente por enfermeiros que atuavam na ABS em dois municípios do interior do Estado, assim distribuídos: seis questionários em João Neiva e nove em Aracruz que, em termos percentuais, representam 40% e 60% dos questionários, respectivamente (gráfico 5).

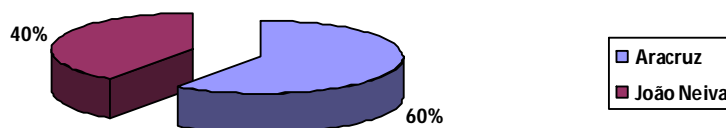


GRÁFICO 5 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO  
FONTE: A Autora (2009)

### Região Sul – Paraná

No estado do Paraná, os questionários foram respondidos por enfermeiros que atuavam na ABS em quatro municípios da região norte do Estado, assim distribuídos: quatro questionários em Maringá, dois em Siqueira Campos, seis em Floresta e três em Ivatuba que, em termos percentuais, representam 27%, 13%, 40% e 20% dos questionários, respectivamente (gráfico 6).

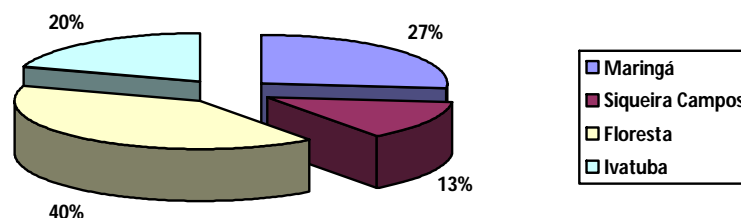


GRÁFICO 6 – MUNICÍPIOS DE ATUAÇÃO NA ABS PELOS PARTICIPANTES DA PESQUISA DA REGIÃO SUL – PARANÁ

FONTE: A Autora (2009)

### Âmbito Nacional

Ao considerar a origem dos dados obtidos em âmbito nacional, quantitativamente, cada região geográfica contribuiu de forma igualitária, predominando dados coletados em municípios do interior. Dos setenta e cinco questionários preenchidos, quatorze foram respondidos por enfermeiros que atuavam na ABS nas capitais dos Estados escolhidos para a coleta de dados e sessenta e um em municípios do interior dos respectivos Estados.

Apesar da concentração populacional maior nas capitais e, conseqüentemente, maior o número de enfermeiros atuando na ABS das capitais, tal fato não compromete a validação dos dados, uma vez que a política de atenção básica à saúde é de abrangência nacional, direcionada para a municipalização e prevendo estrutura operacional de serviços semelhante em todos os municípios do País, respeitadas as diversidades regionais no que se refere à execução dos programas.

O gráfico 7 demonstra que 19% dos dados desta pesquisa foram obtidos com enfermeiros que atuavam na ABS nas capitais e 81% em municípios do interior dos Estados.

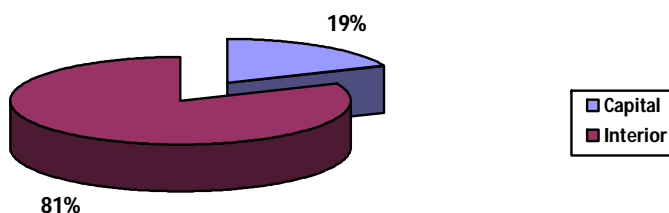


GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO DOS DADOS OBTIDOS, QUANTO À COLETA NAS CAPITALS OU EM MUNICÍPIOS DO INTERIOR DOS ESTADOS  
FONTE: A Autora (2009)

Comparativamente, o maior percentual de dados coletados entre enfermeiros que atuavam na ABS na capital do respectivo estado foi da Região Norte – Amazonas (54%), seguido pelas regiões Centro-oeste – Mato Grosso do Sul (27%) e Nordeste – Piauí (12%). Nas regiões Sudeste – Espírito Santo e Sul – Paraná, os dados foram coletados somente entre enfermeiros que atuavam na ABS em municípios do interior da unidade da federação.

### **Perfil dos participantes da pesquisa quanto ao sexo**

#### **Região Norte – Amazonas**

Todos os participantes da pesquisa no estado do Amazonas eram do sexo feminino, constituindo 100%, em termos percentuais, conforme expressa o gráfico 8.

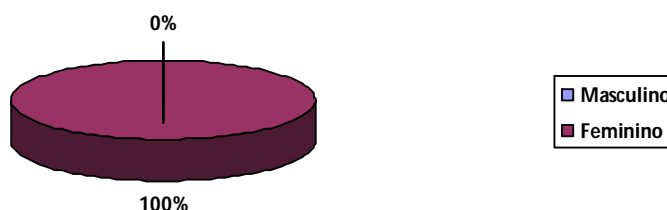


GRÁFICO 8 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO SEXO  
FONTE: A Autora (2009)

### Região Nordeste – Piauí

Dos quinze enfermeiros participantes da pesquisa no estado do Piauí, três eram do sexo masculino e doze do sexo feminino, correspondendo em termos percentuais a 20% e 80%, respectivamente (gráfico 9).

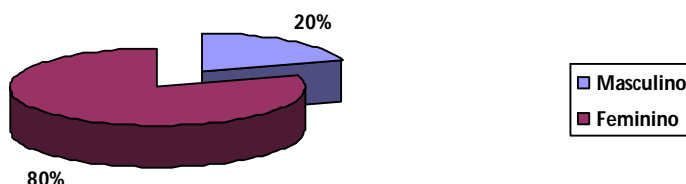


GRÁFICO 9 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO SEXO  
FONTE: A Autora (2009)

### Região Centro-Oeste – Mato Grosso do Sul

No Mato Grosso do Sul, dois enfermeiros participantes da pesquisa eram do sexo masculino e treze do sexo feminino. Em termos percentuais, conforme representado no gráfico 10, os participantes da pesquisa do sexo masculino representaram 13% e do sexo feminino 87%.

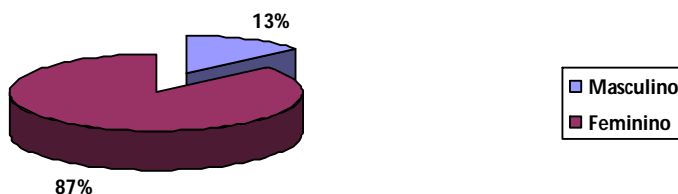


GRÁFICO 10 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO SEXO  
FONTE: A Autora (2009)

### Região Sudeste – Espírito Santo

No estado do Espírito Santo, os questionários foram respondidos por dois enfermeiros do sexo masculino e treze do sexo feminino, representando em termos percentuais 13% e 87%, respectivamente, dos participantes da pesquisa (gráfico 11).



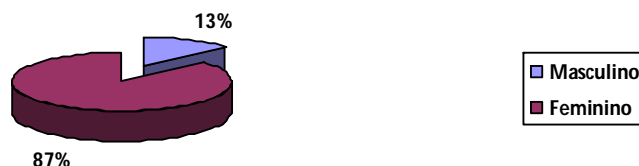


GRÁFICO 11 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO SEXO

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sul – Paraná

A amostra da pesquisa no estado do Paraná foi constituída 100% por profissionais do sexo feminino, conforme expressa o gráfico 12.

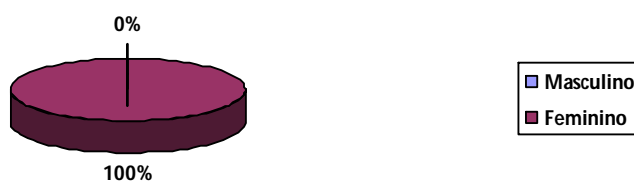


GRÁFICO 12 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO SEXO

FONTE: A Autora (2009)

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto ao sexo, observou a seguinte distribuição: sete participantes do sexo masculino e sessenta e oito do sexo feminino, retratando na amostra a predominância de profissionais do sexo feminino (Gráfico 13).

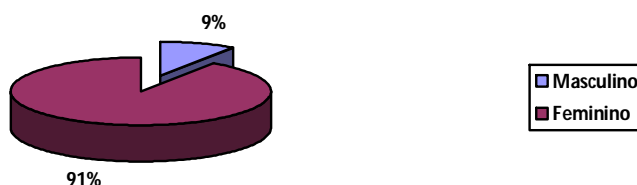


GRÁFICO 13 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO SEXO

FONTE: A Autora (2009)

Considerando que, conforme consta na tabela 3 deste trabalho, a população de enfermeiros do sexo masculino representa 9,8% do total de enfermeiros brasileiros e do sexo feminino 90,2%, a amostra desta pesquisa constituída por 91% de profissionais do sexo feminino e 9% do sexo masculino retratou em valores aproximados a realidade populacional em estudo.

No comparativo regional, a amostra não correspondeu proporcionalmente à realidade populacional. A amostra da Região Norte – Amazonas foi constituída 100% por profissionais do sexo feminino; no entanto, a região norte detém o maior percentual de profissionais do sexo masculino (13,3%). Na Região Sul – Paraná, a amostra igualmente surgiu com 100% de profissionais do sexo feminino, diferindo da realidade populacional constituída por 7,9% de profissionais do sexo masculino. As demais regiões apresentaram amostra com percentual de profissionais do sexo masculino superior à realidade populacional, fato este que contribuiu para a aproximação média da amostra com a realidade nacional.

### **Perfil dos participantes da pesquisa quanto à idade**

Considerando as possíveis faixas etárias de enfermeiros ao longo do exercício profissional, foram estabelecidas seis diferentes categorias, numeradas de C01 a C06, com a finalidade de facilitar a computação dos dados, a saber: menos de 20 anos (C01), de 20 a 29 anos (C02), de 30 a 39 anos (C03), de 40 a 49 anos (C04), de 50 a 59 anos (C05) e de 60 anos ou mais (C06).

#### **Região Norte – Amazonas**

Ao traçar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa da Região Norte – Amazonas quanto à idade, não houve nenhum participante inserido nas categorias C01 e C05, com menos de 20 anos e de 50 a 59 anos, respectivamente. Sete participantes estavam na categoria C02, de 20 a 29 anos; cinco na categoria C03, de 30 a 39 anos; dois na categoria C04, de 40 a 49 anos; e, um na categoria C6, acima de 60 anos.

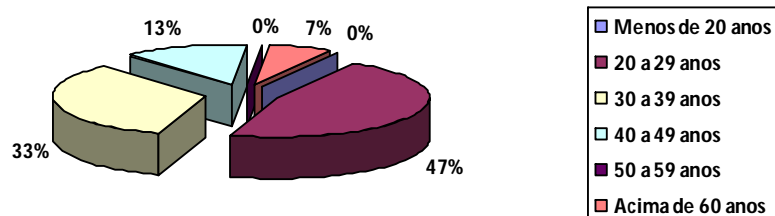


GRÁFICO 14 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO A IDADE  
 FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 14, observa-se que na Região Norte – Amazonas, 47% dos participantes da pesquisa pertenciam a faixa etária de 20 a 29 anos, seguido de 33% com 30 a 39 anos, 13% de 40 a 49 anos e 7% acima de 60 anos. Apesar da prevalência de participantes entre 20 a 39 anos, um participante da pesquisa registrou idade superior a 60 anos. Comparativamente, somente a amostra da região norte contemplou enfermeiro com idade superior a 60 anos.

#### Região Nordeste – Piauí

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Nordeste – Piauí, quanto a idade, apresentou a seguinte configuração: ausência de participantes nas categorias C01 e C06, menos de 20 anos e de 60 anos ou mais, respectivamente; três participantes com idade correspondente à categoria C02, de 20 a 29 anos; oito da categoria C03, de 30 a 39 anos; um da categoria C04, de 40 a 49 anos; e, três da categoria C05, de 50 a 59 anos.

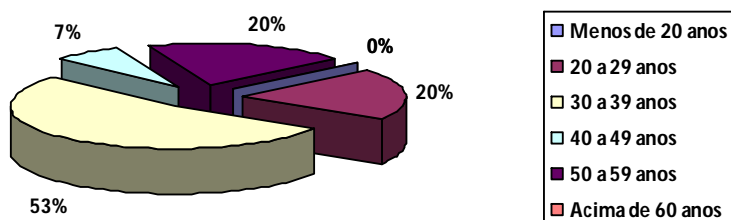


GRÁFICO 15 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO A IDADE  
 FONTE: A Autora (2009)

Na Região Nordeste – Piauí predominou participantes da pesquisa na faixa etária de 30 a 39 anos, correspondendo a 53% do total de participantes. As faixas entre 20 a 29 anos e 50 a 59 anos somaram 40%, uma vez que cada uma das duas faixas contemplou 20% dos participantes da pesquisa. A faixa de 40 a 49 anos correspondeu a 7% do total de participantes (gráfico 15). Desse modo, observa-se que os participantes da pesquisa nesta região apresentaram média de faixa etária mais elevada, quando comparados aos participantes da região norte, mesmo não tendo havido nenhum enfermeiro com idade superior a 60 anos na amostra da região nordeste.

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, os participantes da pesquisa apresentaram faixas etárias previstas nas categorias C02 a C05, assim distribuídas: quatro participantes inseridos na categoria C02 de 20 a 29 anos, sete participantes na C03, de 30 a 39 anos; três na categoria C04, de 40 a 49 anos; e, um na categoria C05, de 50 a 59 anos.

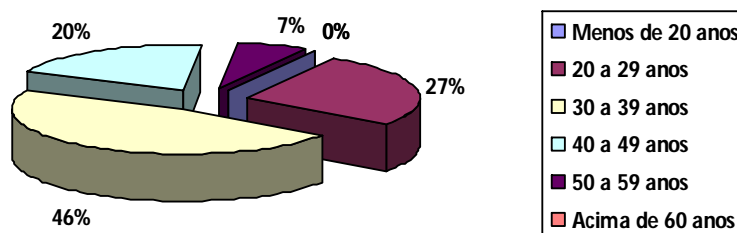


GRÁFICO 16 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO A IDADE  
FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, o gráfico 16 retrata a prevalência de participantes da pesquisa na faixa etária de 30 a 39 anos, abrangendo 46% do total de participantes; seguido de 27% de participantes na faixa etária de 20 a 29 anos; 20% na faixa de 40 a 49 anos e 7% com 50 a 59 anos. Nesta região prevaleceu o número de participantes na faixa etária de 20 a 39 anos, totalizando 73% dos participantes.

### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, os participantes da pesquisa pertenciam a faixas etárias das categorias C02 a C05, abrangendo dos 20 a 59 anos. Onze participantes tinham idade correspondente à categoria C02, de 20 a 29 anos; dois à categoria C03, de 30 a 39 anos; um à categoria C04, de 40 a 49 anos; e, um à categoria C05, de 50 a 59 anos.

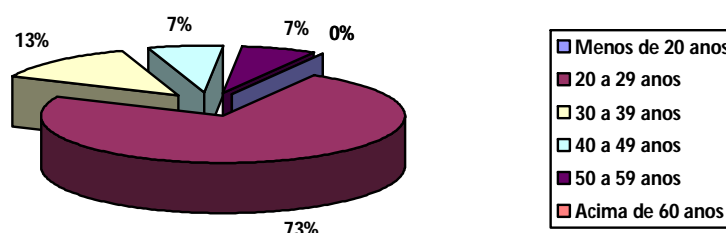


GRÁFICO 17 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO A IDADE  
FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 17, observa-se que 73% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo eram da faixa etária de 20 a 29 anos; seguido de 13% entre 30 a 39 anos e somente 14% acima dos 40 anos, distribuídos igualmente nas categorias de 40 a 49 e de 50 a 59 anos. Esta região geográfica apresentou amostra cujos sujeitos apresentaram faixa etária menor.

### Região Sul – Paraná

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Sul-Paraná, quanto a idade, apresentou a seguinte configuração: ausência de amostra nas categorias C01, C5 e C06, menos de 20 anos, de 50 a 59 anos e 60 anos ou mais, respectivamente. O perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa por faixa etária teve a seguinte distribuição: dois participantes com idade correspondente à categoria C02, de 20 a 29 anos; seis da categoria C03, de 30 a 39 anos; e, sete da categoria C04, de 40 a 49 anos.

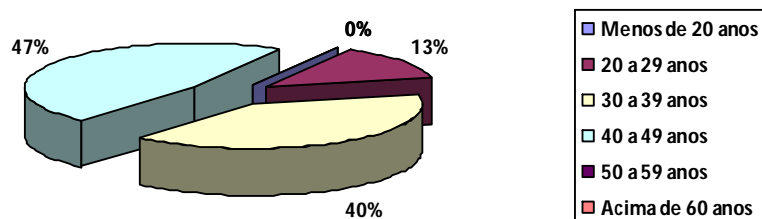


GRÁFICO 18 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO A IDADE  
 FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 18, observa-se que 47% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sul– Paraná eram da faixa etária de 40 a 49 anos; seguido de 40% entre 30 a 39 anos e 13% de 20 a 29 anos.

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto a idade, observou a seguinte distribuição: ausência de participantes na categoria C01, com menos de 20 anos; vinte e sete participantes na categoria C02, de 20 a 29 anos; vinte e oito da categoria C03, de 30 a 39 anos; quatorze da categoria C04, de 40 a 49 anos; e, cinco da categoria C05, de 50 a 59 anos; e, um da categoria C06, 60 anos ou mais.

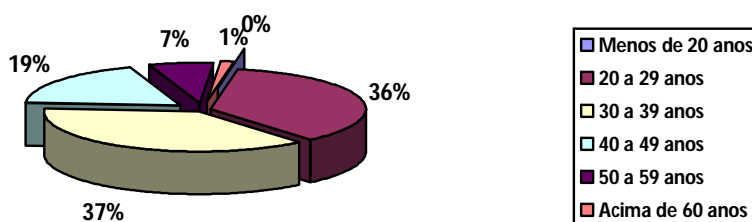


GRÁFICO 19 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO A IDADE  
 FONTE: A Autora (2009)

Conforme retratado no gráfico 19, na amostra desta pesquisa predominou enfermeiros com idade de 20 a 39 anos, apresentando a seguinte distribuição em

termos percentuais: 36% com idade de 20 a 29 anos, 37% de 30 a 39 anos, 19% de 40 a 49 anos, 7% de 50 a 59 anos e 1% 60 anos ou mais. Portanto, 73% da amostra desta pesquisa foi constituída por enfermeiros atuantes na ABS com idade inferior a 40 anos.

### **Perfil dos participantes da pesquisa quanto ao grau de escolaridade**

O grau de escolaridade verificado nesta pesquisa foi mensurado em seis categorias independentes ou complementares, numeradas de D01 a D06, com a finalidade de facilitar a computação dos dados, a saber: bacharelado categoria D01, licenciatura D02, especialização D03, mestrado D04, doutorado D05 e pós-doutorado D06.

#### **Região Norte – Amazonas**

Ao traçar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa da Região Norte – Amazonas quanto ao grau de escolaridade mensurado, não houve nenhum participante inserido nas categorias D04 a D06, correspondentes a mestrado, doutorado e pós-doutorado, respectivamente. Dos enfermeiros participantes da pesquisa, cinco possuem somente o bacharelado; dois possuem bacharelado, licenciatura e especialização; e, oito bacharelado e especialização.

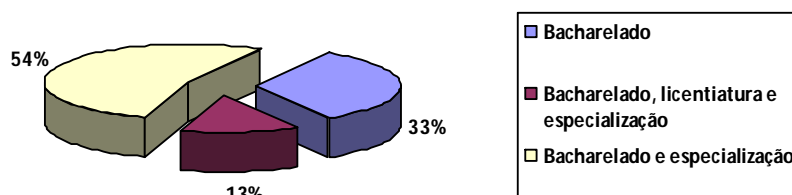


GRÁFICO 20 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE  
FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 20, observa-se que, na Região Norte – Amazonas, 54% dos participantes da pesquisa possuíam bacharelado e especialização que, somados aos 13% que possuíam bacharelado, licenciatura e especialização, totalizaram 67% dos participantes desta pesquisa com especialização. O bacharelado isoladamente foi registrado entre 33% dos enfermeiros pesquisados. Revendo os questionários, observou-se que a faixa etária dos 33% de enfermeiros

bacharelados abrangia idades de 20 a 39 anos e tempo de formação profissional de 01 a 05 anos.

#### Região Nordeste – Piauí

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Nordeste – Piauí, quanto ao grau de escolaridade, apresentou a seguinte configuração: ausência de participantes nas categorias D02, D04, D05 e D06, correspondentes a licenciatura, mestrado, doutorado e pós-doutorado, respectivamente. Quatro participantes apresentaram o grau de escolaridade correspondente ao bacharelado (categoria D01) e onze ao bacharelado e especialização (categorias D01 e D03), sendo que uma participante relatou possuir quatro especializações.

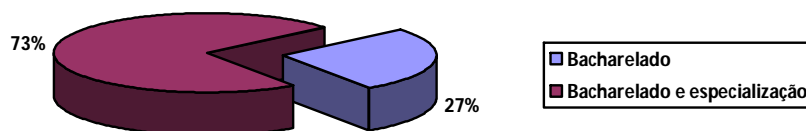


GRÁFICO 21 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE

FONTE: A Autora (2009)

Na Região Nordeste – Piauí predominou participantes da pesquisa com bacharelado e especialização, correspondendo a 73%, conforme retrata o gráfico 21. Comparados aos participantes da região norte, a região nordeste apresentou índice menor de participantes somente bacharelados, com o registro de 27%. Revendo os questionários, observou-se que, semelhantemente à região norte, a faixa etária dos 27% de enfermeiros bacharelados abrangia idades de 20 a 39 anos e tempo de formação profissional de 01 a 05 anos.

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, os participantes da pesquisa apresentaram grau de escolaridade presente nas categorias D01, D02 e D03, correspondentes a bacharelado, licenciatura e especialização, não sendo registrado grau de escolaridade das demais categorias, relativas ao mestrado,



doutorado e pós-doutorado. As categorias registradas tiveram a seguinte distribuição: dois participantes inseridos somente na categoria D01, referente ao bacharelado; três participantes inseridos nas categorias D01, D02 e D03, com bacharelado, licenciatura e especialização; e, dez inseridos nas categorias D01 e D03, com bacharelado e especialização.

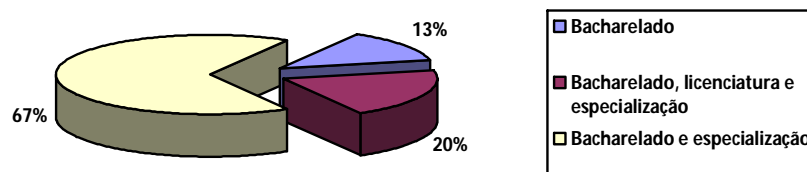


GRÁFICO 22 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE  
FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, o gráfico 22 retrata a prevalência de participantes da pesquisa com bacharelado e especialização, abrangendo 67% do total de participantes; seguido de 20% de participantes com bacharelado, licenciatura e especialização; e, 13% unicamente com bacharelado. Nesta região prevaleceu o número de enfermeiros participantes com especialização, totalizando 87% do total dos participantes. Revendo os questionários, observou-se que dos três participantes compondo os 13% enfermeiros bacharelados, dois tinham idade entre 20 a 29 anos e tempo de formação profissional entre 01 a 03 anos. O outro participante unicamente com bacharelado tinha idade entre 30 a 39 anos e 05 a 10 anos de formado. Mediante isso, foi observado o município no qual o enfermeiro participante atuava na ABS, tratava-se de município desprovido de curso de graduação e pós-graduação em enfermagem ou áreas afins.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, o grau de escolaridade dos participantes da pesquisa não contemplou as categorias D04 a D06, referentes a mestrado, doutorado e pós-doutorado. As categorias contempladas ficaram assim distribuídas: cinco enfermeiros participantes unicamente com o bacharelado (categoria D01); um participante com bacharelado, licenciatura e especialização

(categorias D01, D02 e D03); e, nove com bacharelado e especialização (categorias D01 e D03), retratados em termos percentuais no gráfico 23.

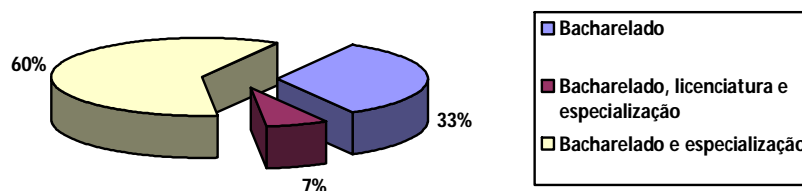


GRÁFICO 23 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE  
FONTE: A Autora (2009)

Observa-se que 60% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo possuíam bacharelado e especialização que, somados aos 7% com bacharelado, licenciatura e especialização, perfazem um total de 67% dos participantes com especialização, contra 33% dos participantes somente com bacharelado. Revendo os questionários, os participantes que registraram ter somente o bacharelado apresentavam idade entre 20 a 29 anos e tempo de formação profissional que variou entre menos de um ano e de 01 a 03 anos de formado.

#### Região Sul – Paraná

Na Região Sul – Paraná, o grau de escolaridade dos participantes da pesquisa não contemplou as categorias D04 a D06, referentes a mestrado, doutorado e pós-doutorado. As categorias contempladas ficaram assim distribuídas: três enfermeiros participantes unicamente com o bacharelado (categoria D01); quatro participantes com bacharelado, licenciatura e especialização (categorias D01, D02 e D03); e, oito com bacharelado e especialização (categorias D01 e D03), retratados em termos percentuais no gráfico 24.

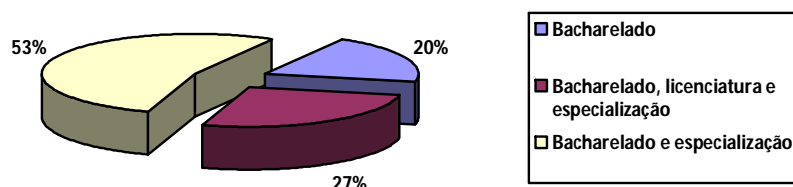


GRÁFICO 24 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE  
FONTE: A Autora (2009)

Observa-se que 53% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sul – Paraná possuíam bacharelado e especialização que, somados aos 27% com bacharelado, licenciatura e especialização, perfazem um total de 80% dos participantes com especialização, contra 20% dos participantes somente com bacharelado.

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto ao grau de escolaridade, observou a seguinte distribuição: ausência de participantes nas categorias D04 a D06, referentes a mestrado, doutorado e pós-doutorado; dezenove participantes na categoria D01, unicamente com bacharelado; dez participantes nas categorias D01, D02 e D03, com bacharelado, licenciatura e especialização; e, quarenta e seis participantes nas categorias D01 e D03, com bacharelado e especialização, retratados em termos percentuais no gráfico 25.

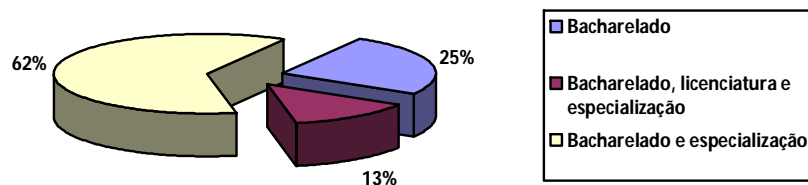


GRÁFICO 25 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO GRAU DE ESCOLARIDADE  
FONTE: A Autora (2009)

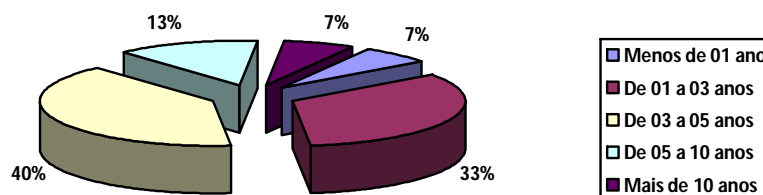
O perfil dos enfermeiros que constituíram a amostra desta pesquisa quanto ao grau de escolaridade apresentou 62% dos participantes com bacharelado e especialização que, somados aos 13% de enfermeiros participantes com bacharelado, licenciatura e especialização, perfazem 75% da amostra constituída por enfermeiros com especialização, contra 25% da amostra constituída por enfermeiros somente com bacharelado.

### **Perfil dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de formação profissional**

O tempo de formação profissional verificado nesta pesquisa foi mensurado em cinco categorias distintas, numeradas de E01 a E05, com a finalidade de facilitar a computação dos dados, a saber: menos de 01 ano de formado, categoria E01; de 01 a 03 anos, E02; de 03 a 05 anos, E03; de 05 a 10 anos, E04; e, mais de 10 anos, E05.

#### **Região Norte – Amazonas**

Ao traçar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa da Região Norte – Amazonas quanto ao tempo de formação profissional, verificou-se que um enfermeiro participante registrou menos de um ano de formado (E01), cinco de 01 a 03 anos (E02), seis de 03 a 05 anos (E03), dois de 05 a 10 anos (E04) e um com mais de 10 anos de formação profissional (E05).



**GRÁFICO 26 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL**  
 FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 26, observa-se que, na Região Norte – Amazonas, o tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa está concentrado no período

de 01 a 05 anos, somando 73%. As categorias extremas E01 e E05 tiveram igual presença entre os participantes da pesquisa (7%), correspondendo a período inferior a 01 ano de formado e mais de 10 anos de formado, respectivamente.

#### Região Nordeste – Piauí

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Nordeste – Piauí, quanto ao tempo de formação profissional, apresentou a seguinte configuração: ausência de participantes na categoria E01, correspondente a menos de 01 ano de formação profissional; as categorias E02, E03 e E04 apresentaram a presença de três participantes cada, correspondendo a de 01 a 03 anos de formado, de 03 a 05 anos e de 05 a 10 anos, respectivamente; e, seis participantes da pesquisa registraram tempo de formação profissional superior a 10 anos (E05).

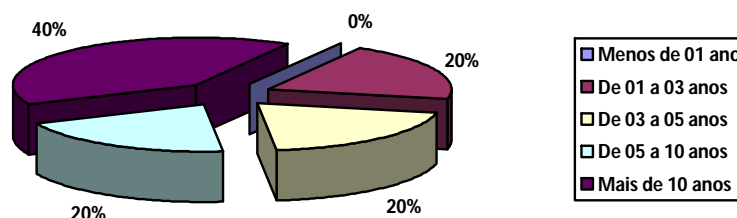


GRÁFICO 27 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

Na Região Nordeste – Piauí predominou grupo de participantes da pesquisa com maior tempo de formação profissional, conforme retrata o gráfico 27, correspondendo a 40% dos participantes com mais de 10 anos de formado.

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, os participantes da pesquisa apresentaram tempo de formação profissional presente nas categorias E02 a E05, perfazendo período de 01 a mais de 10 anos de formado. Não houve registro da categoria E01, com menos de 01 ano de formado. As categorias registradas tiveram a seguinte distribuição: dois participantes presentes na categoria E02, referente ao tempo de 01 a 03 anos de formado; um participante

inserido na categoria E03, de 03 a 05 anos; cinco participantes inseridos na categoria E04, de 05 a 10 anos de formado; e, sete inseridos na categoria E05, com mais de 10 anos de formado.

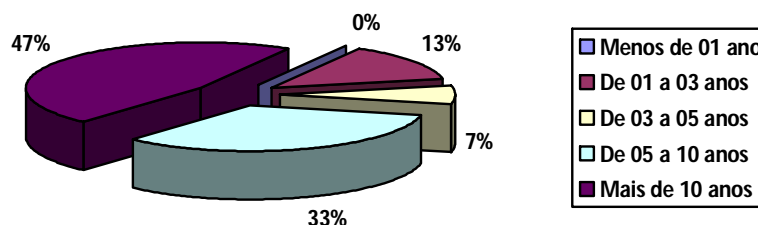


GRÁFICO 28 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, o gráfico 28 retrata a prevalência de participantes da pesquisa com mais de 10 anos de formação profissional, perfazendo 47% do total de participantes que, somados aos participantes com 05 a 10 anos de formado, abrangem 80% dos participantes. Comparativamente, esta foi a região geográfica cujos participantes da pesquisa registraram mais tempo de formação profissional.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, o tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa contemplou as categorias E01 a E04, não havendo nenhum participante com mais de 10 anos de formado (categoria E05). As categorias contempladas apresentaram a seguinte distribuição: dois enfermeiros participantes com menos de um ano de formado (categoria E01); sete participantes com 01 a 03 anos (categoria E02); quatro participantes com 03 a 05 anos (categoria E03); e, dois com 05 a 10 anos (categoria E04), retratados em termos percentuais no gráfico 29.

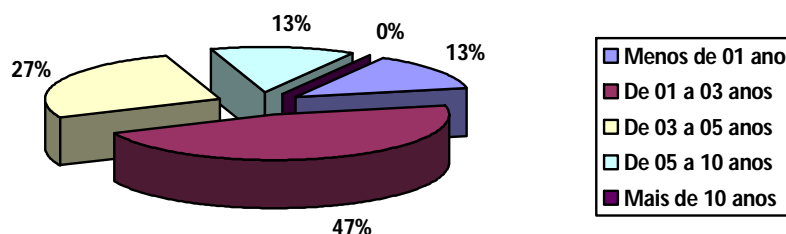


GRÁFICO 29 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

Observa-se que 47% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo registraram tempo de formação profissional de 01 a 03 anos, seguidos de 27% com 03 a 05 anos. Comparativamente, esta foi a região geográfica que apresentou participantes com menor tempo de formação profissional.

#### Região Sul – Paraná

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Sul-Paraná, quanto ao tempo de formação profissional, apresentou a seguinte configuração: dois enfermeiros participantes registraram menos de um ano de formado (E01), um de 01 a 03 anos (E02), cinco de 03 a 05 anos (E03), dois de 05 a 10 anos (E04) e cinco com mais de 10 anos de formação profissional (E05).

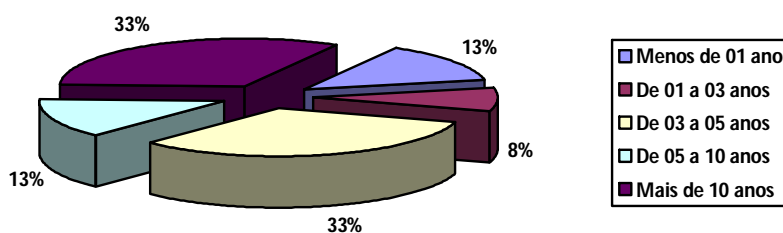


GRÁFICO 30 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 30 observa-se que, na Região Sul – Paraná, o tempo de formação profissional dos participantes da pesquisa ficou distribuído em todas as categorias previstas, com prevalência das categorias E03, de 03 a 05 anos, e E05, com mais de 10 anos, sendo que cada categoria representou 33% da amostra regional.

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto ao tempo de formação profissional, observou a seguinte distribuição: cinco enfermeiros participantes registraram menos de um ano de formado (E01), dezoito de 01 a 03 anos (E02), dezenove de 03 a 05 anos (E03), quatorze de 05 a 10 anos (E04) e dezenove com mais de 10 anos de formação profissional (E05).

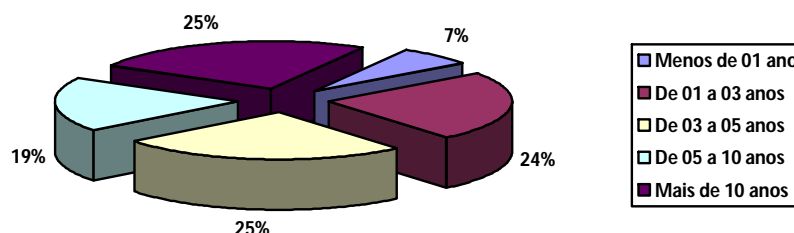


GRÁFICO 31 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO TEMPO DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 31 observa-se que, no âmbito nacional, os enfermeiros participantes da pesquisa com menos de 01 ano de formação profissional constituiu o menor percentual da amostra, representando 7% do total de participantes. Os 24% da amostra corresponderam a enfermeiros com tempo de formação profissional de 01 a 03 anos. As categorias correspondentes a tempo de formação profissional de 03 a 05 anos e com mais de 10 anos tiveram percentual igual na amostra, correspondendo a 25% cada categoria separadamente. Enfermeiros participantes da pesquisa com 05 a 10 anos de formação profissional totalizaram 19% da amostra nacional.

Desse modo, na amostra de sujeitos desta pesquisa prevaleceu enfermeiros com tempo de formação profissional superior a três anos.



### Perfil dos participantes da pesquisa quanto à área de atuação na ABS

Nesta pesquisa foi verificada a área da ABS na qual os enfermeiros participantes da pesquisa atuavam, devido a abrangência da ABS, conforme relatado anteriormente neste trabalho. Foram categorizadas as seguintes áreas: PACS (categoria F01), PSF (categoria F02), UBS (categoria F03) e Unidade 24 horas (categoria F04). Foi prevista uma categoria a mais (categoria F05), nominada de 'outra', para o registro de área da ABS não contemplada nas quatro primeiras categorias.

#### Região Norte – Amazonas

As áreas de atuação na ABS registradas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Norte – Amazonas contemplaram as categorias F01, F02, F03 e F05. Não houve registro na categoria F04, referente a Unidade 24 horas. A distribuição dos registros nas categorias contempladas apresentou a seguinte frequência: três enfermeiros pesquisados atuantes em PACS (F01), sete enfermeiros em PSF (F02), dois em UBS (F03) e três em outra área (F05). Da categoria F05, um especificou a área de atuação como CAPS II<sup>21</sup> e os outros dois não registraram especificação.

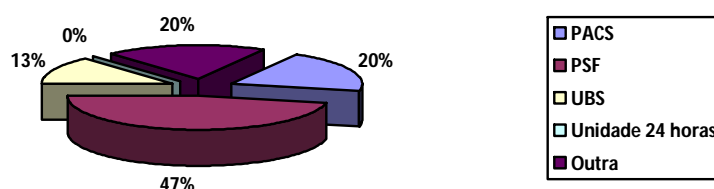


GRÁFICO 32 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS

FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 32, observa-se que o PSF constituiu a área de atuação de 47% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Norte – Amazonas; seguido

<sup>21</sup> CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Modalidade de serviço ambulatorial de atenção diária, cujas características, atividades e quadro de recursos humanos estão estabelecidas na Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002).

pelo PACS e outra, com 20% cada. A UBS ficou registrada como a área de menor atuação por parte dos enfermeiros participantes da pesquisa.

#### Região Nordeste – Piauí

O perfil dos participantes da pesquisa na Região Nordeste – Piauí, quanto à área de atuação na ABS apresentou unanimidade de registro. Todos os enfermeiros participantes da pesquisa no Piauí eram enfermeiros do PSF (F02), correspondendo a 100% dos participantes, conforme registrado no gráfico 33.

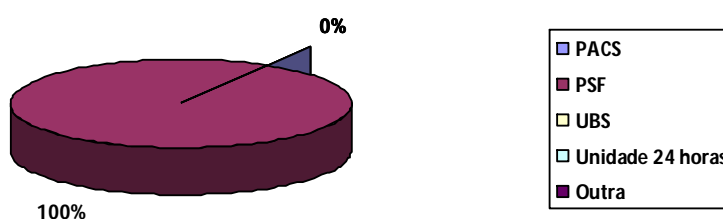


GRÁFICO 33 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, os participantes da pesquisa registraram áreas de atuação na ABS representadas nas categorias F01 a F04. Não houve registro da categoria F05. As categorias registradas tiveram a seguinte distribuição: três participantes na categoria F01, referente ao PACS; nove participantes na categoria F02, relativa ao PSF; um participante na categoria F03, atuação em UBS; e, dois na categoria F04, Unidade 24 horas.

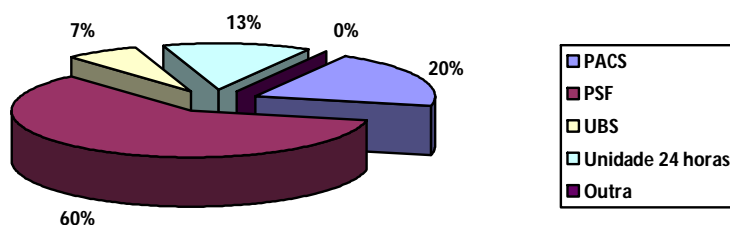


GRÁFICO 34 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, o gráfico 34 retrata a prevalência dos participantes da pesquisa em Mato Grosso do Sul atuando em PSF, representando 60% do total de participantes que, somados aos participantes que atuam em PACS, abrangem 80% dos participantes.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, as áreas de atuação na ABS registradas pelos participantes da pesquisa contemplaram as categorias F01 e F02, não havendo nenhum registro nas categorias F03 a F05. As categorias contempladas apresentaram a seguinte distribuição: dois enfermeiros participantes atuando em PACS (categoria F01) e treze em PSF (categoria F02), retratadas em termos percentuais no gráfico 35.

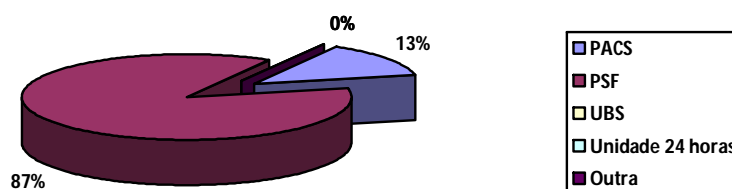


GRÁFICO 35 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Observa-se que, em termos percentuais, 87% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo registraram atuação na ABS em PSF e 13% em PACS.

#### Região Sul – Paraná

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Sul-Paraná, quanto à área de atuação na ABS, apresentou a seguinte configuração: ausência de participantes nas categorias F01 e F05, relativas a PACS e outras áreas da ABS distintas das previstas no questionário; quatro participantes inseridos na categoria F02 (PSF); nove na categoria F03 (UBS); e, dois na categoria F04 (Unidade 24 horas).

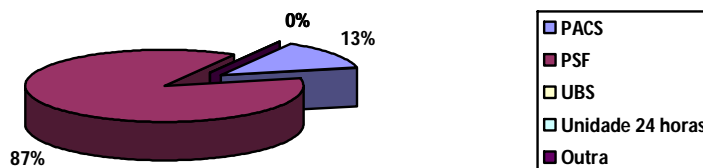


GRÁFICO 36 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL – PARANÁ, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

No gráfico 36 observa-se que, em termos percentuais, 60% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sul – Paraná registraram atuação na ABS em UBS, 27% em PSF e 13% em Unidade 24 horas.

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto à área de atuação na ABS, observou a seguinte distribuição: oito participantes da pesquisa registraram atuar no PACS (categoria F01); quarenta e oito em PSF (categoria F02); doze em UBS (categoria F03); quatro em Unidade 24 horas (categoria F04); e, três em outras áreas da ABS (categoria F05), sendo que uma especificou como atuando em CAPS II.

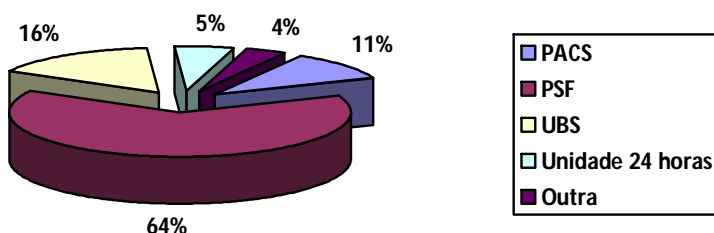


GRÁFICO 37 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO À ÁREA DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

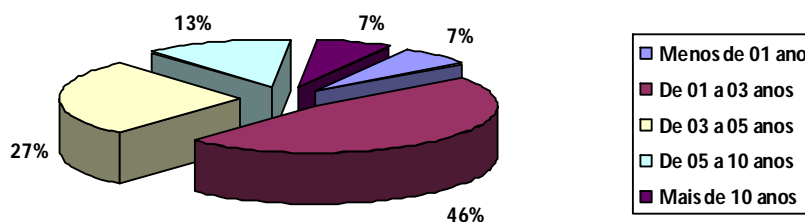
O gráfico 37 retrata que, em termos percentuais, enfermeiros atuando em PSF constituíram 64% da amostra nacional, seguidos de 16% de enfermeiros atuando em UBS, 11% em PACS, 5% em Unidade 24 horas e 4% em outras áreas da ABS. Tal amostra coincide com a realidade da ABS no Brasil, uma vez que o PSF constitui a principal estratégia da ABS, a porta de entrada do SUS e a área da ABS de maior abrangência.

### **Perfil dos participantes da pesquisa quanto ao tempo de atuação na ABS**

O tempo de atuação na ABS verificado nesta pesquisa foi mensurado em cinco categorias distintas, numeradas de G01 a G05, conforme adotado metodologicamente neste estudo, a saber: menos de 01 ano de atuação na ABS, categoria G01; de 01 a 03 anos, G02; de 03 a 05 anos, G03; de 05 a 10 anos, G04; e, mais de 10 anos, G05.

#### **Região Norte – Amazonas**

Ao traçar o perfil dos enfermeiros participantes da pesquisa da Região Norte – Amazonas quanto ao tempo de atuação na ABS, verificou-se que um enfermeiro participante registrou menos de um ano de formado (G01), sete de 01 a 03 anos (G02), quatro de 03 a 05 anos (G03), dois de 05 a 10 anos (G04) e um com mais de 10 anos de atuação na ABS (G05).



**GRÁFICO 38 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORTE – AMAZONAS, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS**  
 FONTE: A Autora (2009)

O gráfico 38 retrata que, na Região Norte – Amazonas, o tempo de atuação na ABS pelos enfermeiros participantes da pesquisa está concentrado em

período inferior a 03 anos, uma vez que as categorias G1 e G2 somam 53% do total registrado, correspondendo a menos de 01 ano e de 01 a 03 anos, respectivamente.

#### Região Nordeste – Piauí

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Nordeste – Piauí, quanto ao tempo de atuação em ABS, apresentou a seguinte configuração: dois participantes na categoria G01, correspondente a menos de 01 ano de atuação na ABS; dois registros na categoria G02, de 01 a 03 anos; três na categoria G03, de 03 a 05 anos, sete na categoria G04, de 05 a 10 anos; e, um participante com tempo de atuação na ABS superior a 10 anos (G05).

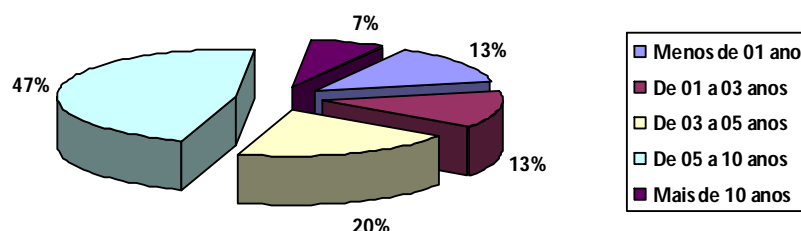


GRÁFICO 39 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Na Região Nordeste – Piauí predominou grupo de participantes da pesquisa com maior tempo de atuação em ABS, conforme retrata o gráfico 39, correspondendo a 47% dos participantes com 05 a 10 anos de atuação e 7% com mais de 10 anos.

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, os participantes da pesquisa apresentaram tempo de atuação na ABS codificado em todas as categorias previstas (G01 a G05). As categorias apresentaram a seguinte distribuição: um participante presente na categoria G01, referente a menos de um ano de atuação na ABS; três registros na categoria G02, referente ao tempo de 01 a 03 anos; dois participantes inseridos na categoria G03, de 03 a 05 anos; seis

participantes inseridos na categoria G04, de 05 a 10 anos; e, três inseridos nas categorias G05, com mais de 10 anos de atuação em ABS.

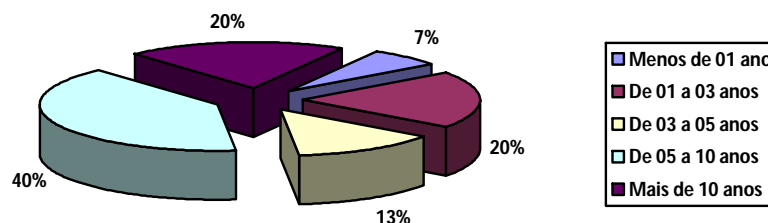


GRÁFICO 40 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Em termos percentuais, o gráfico 40 retrata a prevalência de participantes da pesquisa com tempo de atuação na ABS na categoria G04, referente a período de 05 a 10 anos, representando 40% do total de participantes que, somados aos participantes com mais de 10 anos de atuação, abrangem 60% dos participantes. Comparativamente, esta foi a região geográfica cujos participantes da pesquisa registraram mais tempo de atuação na ABS.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, o tempo de atuação na ABS dos participantes da pesquisa contemplou as categorias G01 a G04, não havendo nenhum participante com mais de 10 anos de atuação (categoria G05), refletindo a configuração relativa ao tempo de formado apresentada anteriormente. As categorias contempladas apresentaram a seguinte distribuição: sete enfermeiros participantes com menos de um ano de atuação em ABS (categoria G01); cinco participantes com 01 a 03 anos (categoria G02); um participante com 03 a 05 anos (categoria G03); e, dois com 05 a 10 anos (categoria G04), retratados em termos percentuais no gráfico 41.

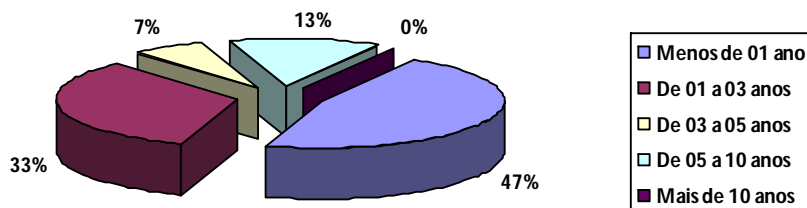


GRÁFICO 41 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Observa-se que 47% dos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo registraram tempo de atuação na ABS inferior a 01 ano, seguido de 33% com 01 a 03 anos. Comparativamente, esta foi a região geográfica cujos participantes da pesquisa registraram menor tempo de atuação na ABS.

#### Região Sul – Paraná

O perfil dos participantes da pesquisa da Região Sul – Paraná, quanto ao tempo de atuação em ABS, apresentou a seguinte configuração: quatro participantes na categoria G01, correspondente a menos de 01 ano de atuação na ABS; três registros na categoria G02, de 01 a 03 anos; um na categoria G03, de 03 a 05 anos, três na categoria G04, de 05 a 10 anos; e, quatro participantes com tempo de atuação na ABS superior a 10 anos (G05).

Observa-se que, na Região Sul – Paraná, a amostra dos enfermeiros participantes da pesquisa quanto ao tempo de atuação na ABS polarizou nas categorias de maior e de menor tempo, conforme retratado no gráfico 42. Assim, cada uma das categorias G01 e G05, correspondentes a menos de um ano e mais de anos de atuação na ABS, respectivamente, representou 27% do total da amostra regional. Cada uma das categorias G02 e G04, de 01 a 03 anos e de 05 a 10 anos de atuação na ABS, representou 19% do total da amostra regional; sendo que a categoria G03, de 03 a 05 anos de atuação em ABS representou 8% da amostra regional.



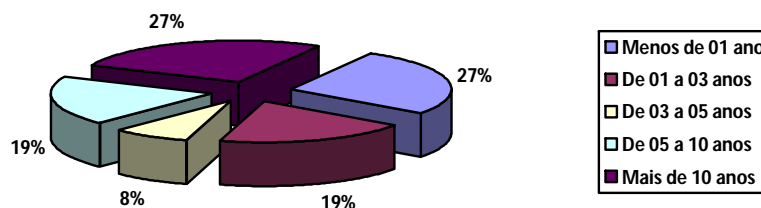


GRÁFICO 42 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NA REGIÃO SUL - PARANÁ, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

#### Âmbito Nacional

No âmbito nacional, o perfil dos participantes da pesquisa, quanto ao tempo de atuação na ABS, observou a seguinte distribuição: quinze participantes na categoria G01, correspondente a menos de 01 ano de atuação na ABS; vinte registros na categoria G02, de 01 a 03 anos; onze na categoria G03, de 03 a 05 anos, vinte na categoria G04, de 05 a 10 anos; e, nove participantes com tempo de atuação na ABS superior a 10 anos (G05).

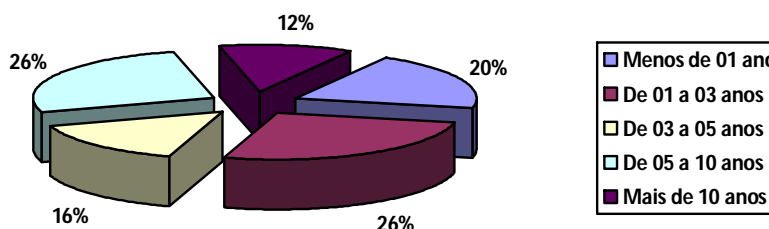


GRÁFICO 43 – PERFIL DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA NO ÂMBITO NACIONAL, QUANTO AO TEMPO DE ATUAÇÃO NA ABS  
FONTE: A Autora (2009)

Conforme retratado no gráfico 43, a amostra nacional dos enfermeiros participantes da pesquisa, quanto ao tempo de atuação na ABS, apresentou 20% de enfermeiros participantes com menos de um ano de atuação, de 01 a 03 anos e de 05 a 10 anos representaram igual percentual de 26% cada intervalo de tempo e o intervalo de 03 a 05 anos representou 16% da amostra nacional.

**Pesquisados que registraram ações não desenvolvidas, mas que fariam a diferença na obtenção de bons resultados na ABS**

**Região Norte – Amazonas**

Na Região Norte- Amazonas, oito enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, sete responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 44 retrata que 53% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional.

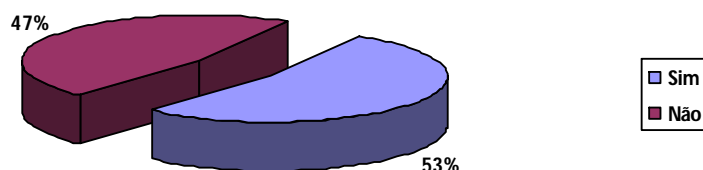


GRÁFICO 44 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS  
FONTE: A Autora (2009)

**Região Nordeste – Piauí**

Na Região Nordeste Piauí, doze enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, três responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 45 retrata que 80% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional.

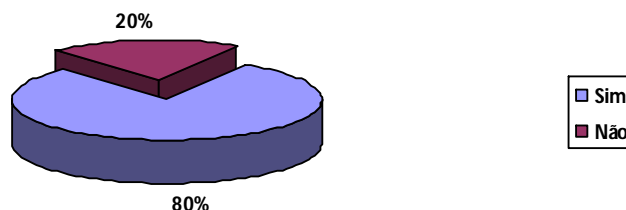


GRÁFICO 45 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, doze enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, três responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 46 retrata que 80% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional.

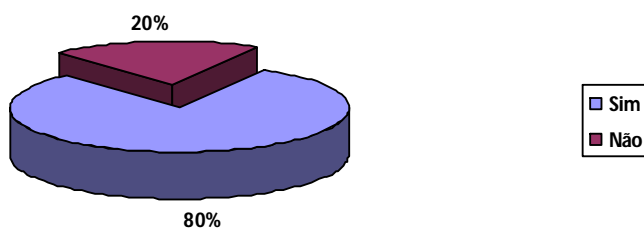


GRÁFICO 46 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, treze enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, dois responderam negativamente. Em

termos percentuais, o gráfico 47 retrata que 87% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional.

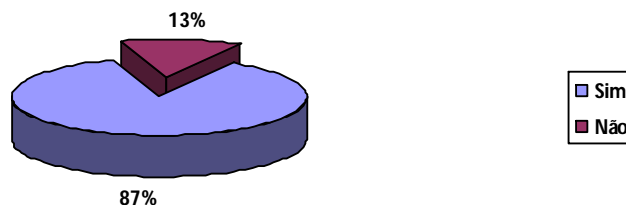


GRÁFICO 47 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sul – Paraná

Na Região Sul – Paraná, cinco enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, dez responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 48 retrata que 33% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional. Comparativamente, a Região Sul – Paraná foi a região que apresentou menor índice percentual de ações não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença na obtenção de melhores resultados em ABS.

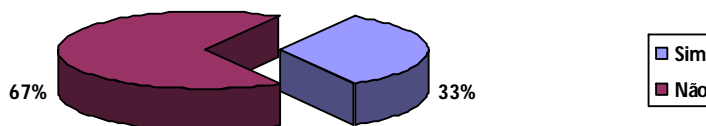


GRÁFICO 48 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – REGIÃO SUL – PARANÁ  
 FONTE: A Autora (2009)

### Âmbito nacional

No âmbito nacional, cinquenta enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a ações que não são desenvolvidas, mas que eles gostariam de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS; e, vinte e cinco responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 49 retrata que 67% dos pesquisados afirmam haver ações que não são desenvolvidas, das quais poderiam advir melhores resultados no dia-a-dia profissional. Tal resultado expressa a possibilidade da mobilização dos enfermeiros brasileiros no desenvolvimento de ações que façam a diferença na obtenção de melhores resultados na ABS.

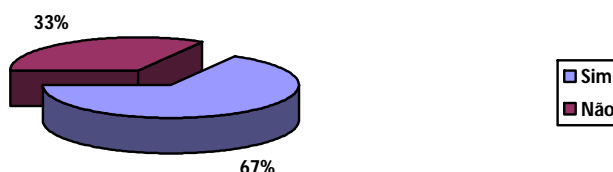


GRÁFICO 49 – EXISTÊNCIA DE AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS QUE PODERIAM GARANTIR MELHORES RESULTADOS – ÂMBITO NACIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

### Participação no processo de proposição de políticas públicas de saúde

#### Região Norte – Amazonas

Na Região Norte- Amazonas, oito enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, sete responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 50 retrata que 53% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde.

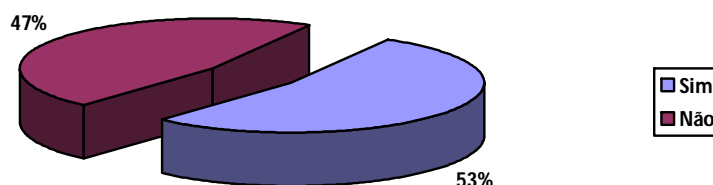


GRÁFICO 50 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
REGIÃO NORTE – AMAZONAS  
FONTE: A Autora (2009)

#### Região Nordeste – Piauí

Na Região Nordeste- Piauí, sete enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, oito responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 51 retrata que 47% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde.

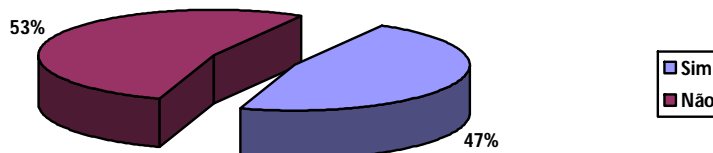


GRÁFICO 51 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ  
FONTE: A Autora (2009)

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, cinco enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, dez responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 52 retrata que 33% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde.

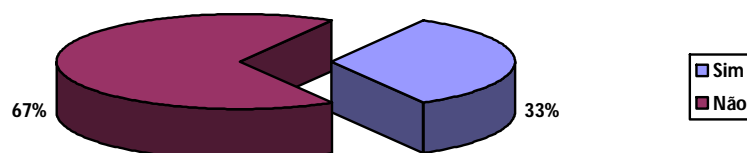


GRÁFICO 52 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL  
FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Na Região Sudeste – Espírito Santo, cinco enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, dez responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 53 retrata que 33% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde.

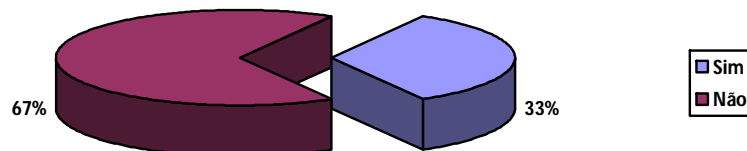


GRÁFICO 53 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO  
FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sul – Paraná

Na Região Sul - Paraná, quatro enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, onze responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 54 retrata que 53% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde. Comparativamente, esta região geográfica apresentou amostra

com o menor índice de participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde.

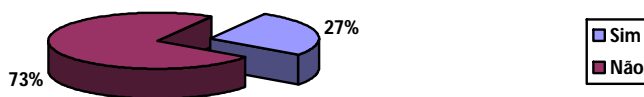


GRÁFICO 54 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
REGIÃO SUL – PARANÁ  
FONTE: A Autora (2009)

#### Âmbito nacional

No âmbito nacional, vinte e nove enfermeiros entrevistados responderam afirmativamente, quanto a participação na proposição de políticas públicas de saúde; e, quarenta e seis responderam negativamente. Em termos percentuais, o gráfico 55 retrata que 39% dos pesquisados afirmam participar na proposição das políticas públicas de saúde. Comparativamente, a região norte apresentou amostra com o maior índice de participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde, tendo alcançado o índice de 53%, seguido pela amostra da Região Nordeste – Piauí, com 47% de participação, Regiões Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sudeste – Espírito Santo, ambas com 33% e a Região Sul – Paraná com 27% do total da amostra regional constituída por enfermeiros que participam na proposição de políticas públicas de saúde.

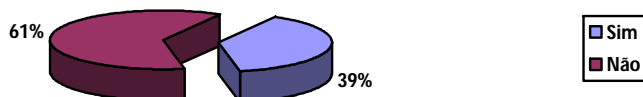


GRÁFICO 55 – PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE –  
ÂMBITO NACIONAL  
FONTE: A Autora (2009)



### **Instância de participação na proposição de políticas públicas de saúde**

#### **Região Norte – Amazonas**

Dos oito enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, sete registraram que participam na instância municipal e um na instância estadual.

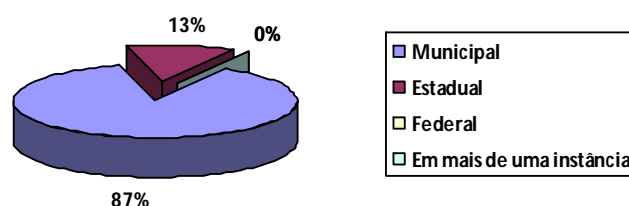


GRÁFICO 56 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS  
 FONTE: A Autora (2009)

O gráfico 56 retrata que, na Região Norte – Amazonas, 87% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal e 13% na estadual, não havendo registro de participação na instância federal.

#### **Região Nordeste – Piauí**

Dos sete enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, sete registraram que participam na instância municipal, não havendo nenhum registro nas demais instâncias. O gráfico 57 retrata que, na Região Nordeste – Piauí, 100% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal.

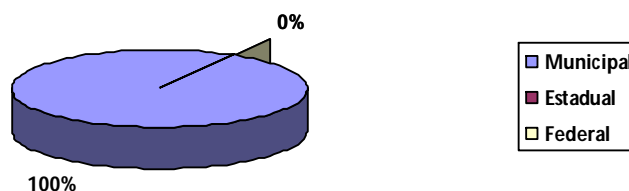


GRÁFICO 57 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Dos cinco enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, cinco registraram que participam na instância municipal, não havendo nenhum registro nas demais instâncias. O gráfico 58 retrata que, na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, 100% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal.

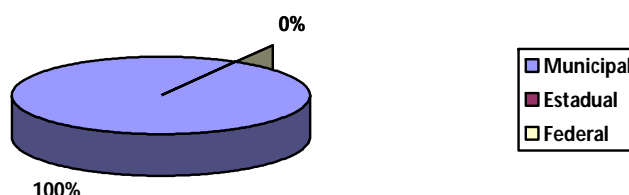


GRÁFICO 58 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Dos cinco enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, três registraram que participam na instância municipal, um na instância federal e um

em mais de uma instância, não havendo nenhum registro na instância estadual. Uma participante da pesquisa acrescentou a informação de que foi conselheira municipal de saúde por dois anos e continua participando das reuniões do Conselho Municipal.

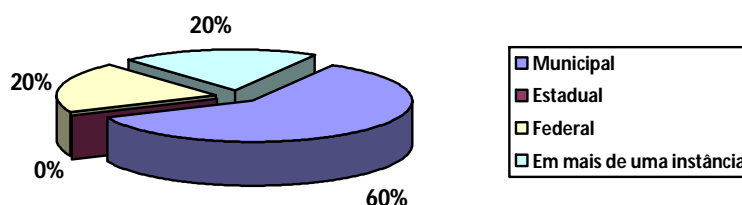


GRÁFICO 59 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE- ESPÍRITO SANTO  
FONTE: A Autora (2009)

O gráfico 59 retrata que, na Região Sudeste – Espírito Santo, 60% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal, 20% na instância federal e 20% em mais de uma instância.

#### Região Sul – Paraná

Dos quatro enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, todos registraram a participação na instância municipal. O gráfico 60 retrata que, na Região Sul - Paraná, 100% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal.

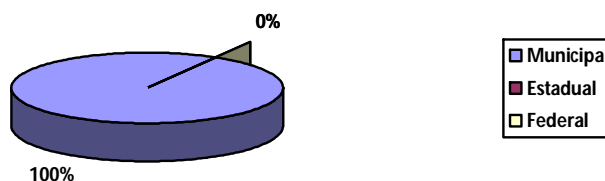


GRÁFICO 60 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ  
FONTE: A Autora (2009)

### Âmbito nacional

Dos vinte e nove enfermeiros pesquisados que responderam afirmativamente quanto à participação na proposição de políticas públicas de saúde, vinte e seis registraram que participam na instância municipal, um na instância estadual, um na instância federal e um em mais de uma instância. O gráfico 61 retrata que, no âmbito nacional, 91% da participação dos enfermeiros pesquisados na proposição de políticas públicas de saúde deu-se na instância municipal e 3% em cada uma das demais alternativas previstas (instância estadual, instância federal e mais de uma instância).

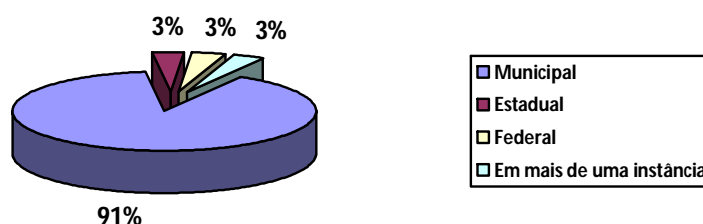


GRÁFICO 61 – INSTÂNCIA DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

### **Manifestação da vontade em participar na proposição das políticas públicas de saúde, pelos pesquisados que ainda não participam**

#### Região Norte – Amazonas

Dos sete enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, cinco registraram que gostariam de participar, um não gostaria e um não deixou a questão em branco. O gráfico 62 retrata que, na Região Norte – Amazonas, 72% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

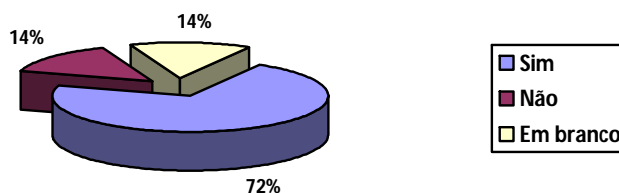


GRÁFICO 62 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Nordeste – Piauí

Dos oito enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, sete registraram que gostariam de participar e um não gostaria de participar. O gráfico 63 retrata que, na Região Nordeste – Piauí, 87% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

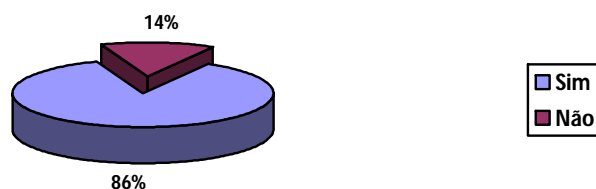


GRÁFICO 63 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Dos dez enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, sete registraram que gostariam de participar e três não gostariam. Em termos percentuais, o gráfico 64 retrata que, na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, 70% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

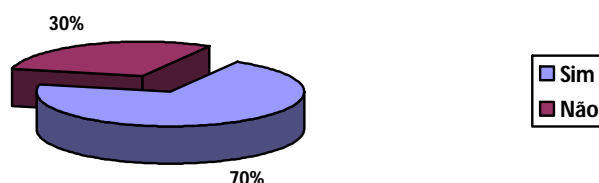


GRÁFICO 64 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sudeste – Espírito Santo

Dos dez enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, seis registraram que gostariam de participar e quatro não gostariam. O gráfico 65 retrata que, na Região Sudeste – Espírito Santo, 60% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

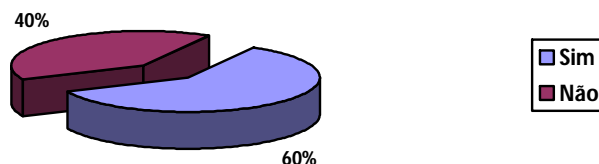


GRÁFICO 65 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO

FONTE: A Autora (2009)

#### Região Sul – Paraná

Dos onze enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, dez registraram que gostariam de participar e um não gostaria. O gráfico 66 retrata que, na Região Sul – Paraná, 91% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

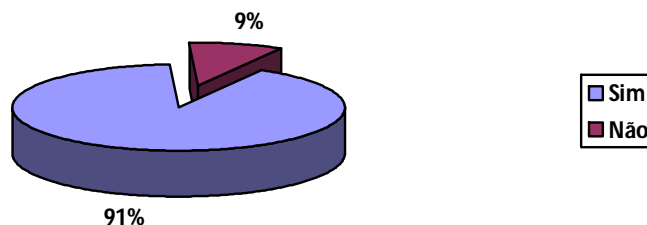


GRÁFICO 66 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ  
 FONTE: A Autora (2009)

#### Âmbito nacional

Dos quarenta e seis enfermeiros pesquisados que responderam não participar na proposição de políticas públicas de saúde, trinta e cinco registraram que gostariam de participar, dez não gostariam e houve uma resposta em branco. O gráfico 67 retrata que, no âmbito nacional, 76% dos enfermeiros pesquisados que ainda não participam na proposição de políticas públicas de saúde gostariam de participar.

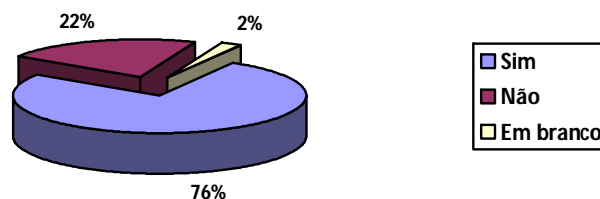


GRÁFICO 67 – MANIFESTAÇÃO DA VONTADE DE PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL  
 FONTE: A Autora (2009)

A síntese geral dos dados quantitativos determinou o perfil dos sujeitos desta pesquisa. Predominantemente, eram enfermeiros que:

- atuavam na ABS em municípios do interior dos seus Estados,
- pertenciam ao sexo feminino,
- possuíam idade variável entre 20 a 39 anos,

- tinham bacharelado em enfermagem e especialização,
- concentraram tempo de formação profissional nos intervalos entre 03 a 05 anos e com mais de 10 anos,
- atuavam na estratégia saúde da família,
- apresentaram tempo de atuação na ABS nos intervalos entre 01 a 03 anos e 05 a 10 anos,
- registraram existir ações não desenvolvidas na ABS que poderiam fazer a diferença no cotidiano profissional,
- não participavam da proposição de políticas públicas de saúde, mas gostariam de participar, e
- participando do processo de proposição de políticas públicas, atuavam na instância municipal.



## Momento 2 – Análise dos dados qualitativos

Seguindo o percurso metodológico pré-estabelecido, os dados obtidos nas perguntas abertas, relativos a ações desenvolvidas na ABS, participação na proposição de políticas públicas de saúde e formação acadêmica, foram submetidos à análise de conteúdo categorial, de acordo com o referencial de Bardin (1994).

Os pólos cronológicos estabelecidos por Bardin (1994) da pré-análise, da exploração do material e do tratamento dos resultados, inferência e interpretação foram observados passo a passo em cada questão aberta por região geográfica, mediante a construção de quadros integrantes deste trabalho. No processo de análise desenvolvido nos três pólos cronológicos foi estabelecido um quadro síntese para cada questão aberta por região geográfica, seguido da inferência e interpretação da pesquisadora na análise regional. A análise de cada questão aberta incluiu uma síntese final das análises regionais, constituindo a revelação do conteúdo no âmbito nacional.

No pólo de pré-análise, a construção de cada quadro iniciou com a transcrição das respostas obtidas e a identificação da presença de cada resposta com o código alfanumérico atribuído a cada questionário no ato do recebimento, conforme relatado anteriormente neste trabalho.

Com base nos quadros parcialmente construídos, o pólo da exploração do material foi efetuado mediante a leitura cuidadosa e repetitiva do conteúdo transcrito, objetivando um delineamento inicial das categorias temáticas, identificando, agrupando e analisando mentalmente as respostas de conteúdo com semelhança semântica.

No tratamento dos resultados, os quadros foram fechados com o agrupamento das respostas de conteúdo semântico semelhante, a contagem da frequência de cada resposta e a determinação das categorias temáticas, seguidas da inferência e da interpretação da pesquisadora, tendo como base teórica e conceitual a Política Nacional da Atenção Básica, a legislação do exercício profissional da enfermagem e as diretrizes curriculares para os cursos de graduação em enfermagem, conforme pré-estabelecido como percurso metodológico.

### **Das ações desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa**

Esta questão teve por finalidade conhecer o conjunto de ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, comparada a atribuições estabelecidas na PNAB e na legislação de enfermagem, analisando as aproximações e os distanciamentos das práticas de saúde com as normas estabelecidas. Inicialmente, foi realizada a transcrição das respostas atribuídas a esta questão de cada região geográfica separadamente, com a finalidade de obter um quadro síntese contendo as ações desenvolvidas, a identificação da presença de cada ação relatada e a frequência das ações agrupadas por conteúdo semântico para posterior categorização temática.

As respostas transcritas contendo as ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na ABS representaram os dados brutos desta pesquisa. A partir do agrupamento das respostas com semelhança semântica, foram estabelecidas as categorias temáticas, objetivando traçar, por condensação, uma representação simplificada do conjunto das ações desenvolvidas em cada região geográfica.

O processo da análise de conteúdo das ações desenvolvidas pelos enfermeiros participantes desta pesquisa foi realizado, implicitamente, com a finalidade de revelar dados invisíveis nos dados brutos, sem introduzir desvios por excesso ou por recusa, buscando conforme orienta Bardin (1994) a:

- 1) Exclusão mútua – A pesquisadora cuidou para que cada ação contida nos dados brutos fosse firmada em uma única categoria.
- 2) Homogeneidade – A pesquisadora cuidou para que cada categoria temática estabelecida representasse uma única dimensão de análise entre as atribuições dos enfermeiros estabelecidas na PNAB e na legislação de enfermagem.
- 3) Pertinência – A pesquisadora buscou estabelecer categorias vinculadas ao quadro teórico definido neste trabalho.
- 4) Objetividade e a fidelidade – A pesquisadora buscou prevenir distorções subjetivas e variações de juízo na determinação das categorias temáticas, definindo os critérios que determinaram o agrupamento dos dados brutos na categoria temática respectiva.

- 5) Produtividade – A pesquisadora buscou fornecer riqueza de resultados, de acordo com o teor das inferências, na identificação de novas possibilidades e na precisão dos dados.

Os mesmos cuidados serviram de guia na análise de conteúdo de todas as questões que, associados à frequência da aparição dos postulados, validaram o processo de categorização deste estudo. A regularidade quantitativa da aparição semântica das ações desenvolvidas determinou o valor significativo para as inferências que, nesse ponto, foram objeto de análise qualitativa. Da adoção desses critérios metodológicos, resultou a repetição das categorias temáticas nas diferentes regiões geográficas e em questões distintas, a serem relatadas posteriormente. Tal fato serviu de apoio para a validação dos próprios resultados desta pesquisa.

#### Região Norte – Amazonas

Na análise das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, a PNAB constituiu a base teórica inicial do processo de categorização. Mediante a visualização dos dados brutos, a identificação da presença e a frequência da aparição dos mesmos, as possíveis categorias temáticas foram ordenadas em ordem decrescente da frequência.

Assegurado o agrupamento por semelhança semântica, frente as ações desenvolvidas registradas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Norte – Amazonas, foi fechado o quadro síntese da categorização (quadro 2), contemplando onze categorias distintas, a saber: ações de educação em saúde, ações assistenciais nos programas de saúde, ações epidemiológicas, ações administrativas, ações de educação permanente, ações domiciliares, ações comunitárias, ações integradas da equipe multiprofissional consulta de enfermagem, ações dirigidas a grupos e ações dirigidas ao indivíduo.

Na inferência da pesquisadora, a compreensão do contexto regional serviu de referência para a análise qualitativa do ‘corpus’ desta questão. Observa-se que a PNAB e a legislação de enfermagem são de abrangência nacional; no entanto, as diversidades regionais determinam a intensidade e a extensão de uma unidade de conteúdo, tornando os resultados susceptíveis a variações, de acordo com o contexto regional. De acordo com a tabela 3, o estado do Amazonas possui o melhor índice brasileiro na proporcionalidade do número de habitantes por

enfermeiro (555 habitantes/enfermeiro), fato que por si só confere ao enfermeiro no Amazonas uma possibilidade maior de inserção comunitária e proximidade com os usuários. Assim, conforme demonstrado no quadro 2, a categoria temática com maior intensidade de freqüência, referente a ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, reuniu ações de educação em saúde.

Ações Desenvolvidas (Dados Brutos)	Presença	Frequência	Categoria
Palestras educativas para a comunidade Palestras para hipertensos e diabéticos Atividades educativas nos centros de saúde Orientação sobre as doenças de maior incidência no município Palestras nas escolas e comunidades Palestra em educação em saúde Educação em saúde Orientação Orientação sobre doenças infecciosas Ações educativas para comunidades carentes de informação	A1 A8 A14 A2 A3 A3 A15 A3 A4 A10 A6 A9 A6 A11 A13	15	Ações de educação em saúde
Atendimento ao pré-natal (consultas) Assistência a pacientes em surto psicótico Coleta de PCCU Atendimento de programas como: DST/AIDS, planejamento familiar Atendimento e assistência ao diabético e hipertenso Atendimento assistencial Participação nos programas da UBS	A2 A5 A4 A5 A5 A5 A8 A15 A12	09	Ações assistenciais nos programas de saúde
Investigação Investigação de mortalidade materna Investigação de mortalidade infantil Vigilância de agravos de notificação Busca ativa de usuários faltosos a algum tipo de tratamento Monitorização da medicação prescrita Diagnóstico situacional de saúde da população adscrita Estratificação dos grupos de risco ou portadores de doenças Busca de parceiros no seu entorno	A6 A11 A11 A11 A13 A4 A7 A7 A7	09	Ações epidemiológicas
Supervisão na área Supervisão Supervisão em campanha de vacinação Gerenciamento da equipe Gerenciamento da UBS Coordenação das ações da equipe, em especial dos ACS Desenvolver novas técnicas de planejamento na UBS	A1 A15 A6 A11 A8 A14 A10 A10 A12	09	Ações administrativas
Reuniões semanais com os ACS Capacitação para os ACS Fazer educação continuada com os ACS Educação continuada com os profissionais de nível médio Reuniões coletivas dos profissionais competentes seguidas de debates	A1 A2 A12 A9 A15 A13 A13	07	Ações de educação permanente
Visita domiciliar Acompanhamento domiciliar do paciente	A1 A2 A8 A10 A13 A4 A14	07	Ações domiciliares
Interação com a comunidade Realização de atividades de prevenção na comunidade Reuniões com líderes comunitários e comunidade para resolução dos problemas possíveis Participação de programas junto com a comunidade	A1 A3 A7 A12	04	Ações comunitárias
Realizar e participar junto com outros profissionais das atividades na UBS Ter reuniões semanais com toda a equipe para programar as atividades da semana Ter integração entre toda a equipe (falar a mesma língua)	A12 A15 A9 A9	04	Ações integradas da equipe multiprofissional
Consulta de enfermagem	A4 A10 A14	03	Consulta de enfermagem
Atendimento em grupo Reunião com os idosos	A8 A14 A2	03	Ações dirigidas a grupos
Atendimento individualizado de acordo com o problema encontrado Trabalhar com a realidade biopsicossocial do usuário	A7 A9	02	Ações dirigidas ao indivíduo

QUADRO 2 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORTE – AMAZONAS

FONTE: A Autora (2009)

As ações de educação em saúde estão previstas tanto na PNAB (anexo II) quanto na Lei nº 7.498/86 e no Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2000) que regulamentam o exercício da enfermagem no País. A concepção básica dos princípios do SUS, relativos à assistência integral e universal à saúde, gera um significado implícito de melhoria na qualidade dos serviços ofertados, de democratização do conhecimento e de participação cidadã na definição das necessidades de saúde e das estratégias de ação a serem implementadas. É nesse universo que se inserem as ações de educação em saúde.

O tópico referente ao processo de trabalho das equipes de atenção básica da PNAB (anexo II) estabelece como uma das suas características o *“desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida”* (BRASIL, 2006a). O processo educativo em saúde abrange diretamente dois princípios constitucionais: ‘educação’ e ‘saúde’, ambos vinculados à ordem social, tendo como objetivo maior *“o bem-estar e a justiça sociais”* (BRASIL, 2004a, art. 193), assegurados como *“direito de todos e dever do Estado”* (BRASIL, 2004a, art. 196 e 205).

Portanto, as ações educativas em saúde, reveladas como as ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas com maior frequência de aparição, retratam a sensibilidade dos enfermeiros participantes da pesquisa frente a necessidade da população em obter conhecimento sobre questões relativas à saúde, conforme firmado em algumas unidades de registro:

*“Ações educativas para comunidades carentes de informação”* (A13).

*“Orientação sobre as doenças de maior incidência no município”* (A3 e 15).

*“Orientação”* (A6).

*“Orientação sobre doenças infecciosas”* (A11).

Para o sujeito da pesquisa A3, as ações educativas em saúde foram relatadas com maior frequência de aparição. Das cinco ações previstas no questionário, o sujeito A3 registrou quatro ações, sendo que três foram categorizadas como ações educativas, a saber:

*“Atividades educativas nos centros de saúde”.*

*“Orientação sobre as doenças de maior incidência no município”.*

*“Palestras nas escolas e comunidades”.*

A referência a “palestra nas escolas” merece destaque, considerando que a educação em saúde requer a criação de espaços favoráveis. Assim, o lar, a escola, os ambientes de trabalho e demais ambientes de convivência compõem a agenda da saúde e constituem os cenários preferenciais para a atuação da equipe de ABS. Especificamente, as escolas oferecem oportunidades práticas para a execução de estratégias integradas de educação em saúde, favorecendo o desenvolvimento de atividades integradas, participativas e contínuas. No Brasil, vinculado ao Ministério da Educação, há o Programa Nacional de Saúde Escolar cujas ações são concentradas em campanhas, sem assegurar o processo de educação em saúde permanente, contínuo e integral requerido. Portanto, a saúde escolar constitui área de atuação profissional integrada entre educadores e profissionais de saúde, dirigida a educandos e famílias, conforme previsto na PNAB (anexo II).

Ainda em referência ao sujeito A3, este registrou a quarta ação desenvolvida como sendo:

*“Realização de atividades de prevenção na comunidade”*

Esta ação foi categorizada como ‘ações comunitárias’, tendo sido objeto de análise de contingência, definida por Bardin (1994, p. 113) como a avaliação da ‘distribuição’ dos elementos numa unidade de registro e da sua ‘associação’. Assim, numa primeira leitura a ‘realização de atividades de prevenção na comunidade’ poderia ser entendida como ação educativa; no entanto, ‘prevenção’ e ‘comunidade’ são os dois elementos de destaque nesta unidade de registro que, associados a proposta da atenção básica à saúde, adquirem significados mais amplos. Segundo Buss (2000), modernamente, a ‘prevenção’ está vinculada à promoção à saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, cujas atividades estão mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades. Neste caso, a inferência da pesquisadora, com base na PNAB e no atual conceito de promoção à saúde e prevenção de doenças, conduziu a unidade

de registro 'realização de atividades de prevenção na comunidade' para a categoria temática de ações comunitárias, considerando que a educação em saúde faz parte das atividades de prevenção, mas não representa a totalidade dessas atividades, cujo reforço e abrangência se situam nas ações comunitárias.

O destaque para as ações educativas conferido pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte traduz as atribuições previstas para os integrantes das equipes de atenção básica na PNAB que têm como finalidade o desenvolvimento de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. Na legislação que regulamenta o exercício da enfermagem, a educação em saúde é competência do enfermeiro na condição de integrante da equipe de saúde, uma vez que constitui atividade compartilhada entre todos os integrantes da equipe multiprofissional. Desse modo, a Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, alínea "j", estabelece a *"educação visando à melhoria de saúde da população"* como atividade compartilhada, do mesmo modo que o Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso II, alínea "m" que assim assegura: *"participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral"* (BRASIL, 2000). Tais aspectos justificam a relevância das ações educativas registradas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas como categoria temática de maior frequência de aparição.

Quanto as demais categorias temáticas sintetizadas no quadro 2, na seqüência decrescente, com igual frequência de aparição foram reveladas ações assistenciais nos programas de saúde, ações epidemiológicas e ações administrativas, igualmente contempladas na PNAB e na regulamentação do exercício da enfermagem.

Nas ações assistenciais registradas, três unidades de registro contemplaram a saúde da mulher, a saber:

*"Atendimento ao pré- natal"* (A2).

*"Consultas do pré- natal"* (A5).

*"Coleta de PCCU<sup>22</sup>"* (A5)

---

<sup>22</sup> PCCU – Sigla utilizada para identificar o programa de saúde de prevenção do câncer de colo uterino.

Ao considerar a unidade de registro *“atendimento de programas como DST/AIDS, planejamento familiar”* (A5), este está igualmente vinculado à saúde da mulher, dado este que manifesta a relevância da saúde da mulher entre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Norte – Amazonas, destacada em especial pelo sujeito A5.

A saúde da mulher está contemplada na regulamentação do exercício da enfermagem, constando como atribuição conferida ao enfermeiro compartilhada entre os integrantes da equipe multiprofissional, estando prevista tanto na Lei nº 7.498/86 (art. 11, inciso II, alíneas “g”, “h”, “i” e parágrafo único), quanto no Decreto nº 94.406/87 (art. 8º, inciso II, alíneas “h”, “j”, “l” e art. 9º), a assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido; o acompanhamento da evolução e do trabalho de parto; e, a execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia. Aos enfermeiros titulares de especialização em enfermagem obstétrica cabe ainda a identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; e, a realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local, quando necessária (BRASIL, 2000)

O *“atendimento e assistência ao diabético e hipertenso”* (A5) surgiu como uma unidade de registro na categoria das ações assistenciais, constituindo análise de contingência na unidade de registro *“palestras para hipertensos e diabéticos”* (A2), categorizada como ação educativa.

Convém destacar que as áreas estratégicas para atuação na atenção básica em todo o território nacional estão definidas nos princípios fundamentais da PNAB (anexo II) compreendendo: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Na categoria temática das ações epidemiológicas, os sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas traduziram com precisão a finalidade epidemiológica da atenção básica à saúde ao utilizar as expressões ‘investigação’, ‘vigilância’, ‘busca ativa’, ‘monitorização’, ‘diagnóstico situacional’ e ‘estratificação’; todas relacionadas diretamente com a abordagem epidemiológica da ABS, de caráter ambiental, social e não somente biológico.



A regulamentação do exercício profissional da enfermagem trata da vigilância epidemiológica numa terminologia específica de enfermagem, prevendo a atividade para o enfermeiro como integrante da equipe de saúde. A Lei nº 7.498/86, no art. 11, inciso II, alíneas “e” e “f” contempla a prevenção e controle sistemático de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral; bem como, prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem. O Decreto nº 94.406/87, no art. 8º, inciso II, alíneas “e”, “f” e “g” determina como ações epidemiológicas compartilhadas a prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões; a participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem; e, a participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica (BRASIL, 2000).

A categoria das ações administrativas foi estabelecida com oito frequências de aparição, mediante unidades de registro que contemplaram as seguintes palavras como determinantes categoriais: ‘supervisão’, ‘gerenciamento’, ‘coordenação’ e ‘planejamento’. No anexo I da PNAB (anexo II) constam as atribuições dos integrantes da equipe multiprofissional da atenção básica, conferindo destaque específico às atribuições administrativas do enfermeiro do PACS e das demais áreas da atenção básica em: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; e, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Na regulamentação da enfermagem, as ações administrativas incluem serviços específicos de enfermagem e os serviços de saúde. No que se refere à atuação administrativa nos serviços de enfermagem, esta é de caráter privativo do enfermeiro, conforme estabelecido na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso I, alíneas “a”, “b” e “c” e no Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso I alíneas “a”, “b” e “c” abrangendo a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; a organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; e, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de

assistência de Enfermagem. Em caráter compartilhado com os integrantes da equipe de saúde, conforme preceituam os dispositivos legais supracitados, nos mesmos artigos, inciso II, alíneas “a” e “b”, cabe ao enfermeiro a participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; e, a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde. O decreto regulamentador supracitado amplia a atuação do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, dispondo no mesmo art. 8º, inciso II, alíneas “p” e “q” a participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde; e, a participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde (BRASIL, 2000).

Ao considerar a categoria temática das ações de educação permanente revelada nas unidades de registro pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, estas incluíram a responsabilidade do enfermeiro prevista na PNAB (anexo II), quanto a: supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem. Na regulamentação profissional da enfermagem, o Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso II, alíneas “n” e “o” prevê a participação do enfermeiro como integrante da equipe de saúde nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada e nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho (BRASIL, 2000).

As unidades de registro da categoria de ações de educação permanente consideraram a atuação do enfermeiro da ABS na capacitação e educação permanente dos ACS e dos profissionais de nível médio, constituídos por técnicos e auxiliares de enfermagem técnicos de higiene dental (THD) e auxiliares de consultório dentário (ACD). Uma unidade de registro retratou os princípios éticos da competência e da responsabilidade do profissional em buscar a atualização e o aperfeiçoamento profissionais concomitantes ao exercício profissional, ao relatar como ação desenvolvida

*“Reuniões coletivas dos profissionais competentes seguidas de debates” (A13).*

Observa-se que a ação desenvolvida constitui atividade de educação permanente que, supostamente, aconteceria no próprio ambiente de trabalho, mediante a possibilidade de estudos de casos concretos, refletindo a realidade do cotidiano do cuidado em saúde. Tais modelos de educação permanente possibilitam mudanças concretas no agir, refletindo a proposta de educação permanente prevista na PNAB (anexo II), não somente incluída nas atribuições dos integrantes da equipe de atenção básica, mas, principalmente, estabelecida como de responsabilidade de cada esfera do governo: secretarias municipais e estaduais, Distrito Federal e Ministério da Saúde, integrando Pólos de Educação Permanente em Saúde como política pública em saúde. A educação permanente, prevista na PNAB (anexo II) como responsabilidade governamental, constitui ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o SUS, nas suas diferentes instâncias de gestão, e as instituições formadoras.

Na sequência das categorias temáticas das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas surgiu a categoria de ações domiciliares, reunindo sete frequências de aparição, com apenas duas unidades de registro: “*visita domiciliar*” e “*acompanhamento domiciliar do paciente*”, constituindo a categoria de destaque na uniformidade de linguagem.

As ações domiciliares fazem parte da PNAB (anexo II), especificamente, vinculadas à estratégia da saúde da família, como base das funções desenvolvidas pelos ACS e previstas nas atribuições do enfermeiro do PACS em realizações de consultas e procedimentos de enfermagem no domicílio, quando necessário.

Observa-se que a legislação regulamentadora do exercício da enfermagem não contempla a assistência domiciliar, considerando que a sua inclusão no modelo brasileiro de saúde foi consolidada somente depois da efetivação do PACS e PSF, a partir de 1991 e 1994, respectivamente, datas posteriores às normas legais de referência. No entanto, o Conselho Federal de Enfermagem, no uso das suas atribuições legais, normatizou as atividades de enfermagem em domicílio, através da Resolução-COFEN nº 267/2001, prevendo funções assistenciais, administrativas, de pesquisa e educativas.

Convém destacar que, na atenção básica, a base das ações domiciliares é o indivíduo e a família ao longo do tempo, sendo a saúde da família a estratégia prioritária da ABS, devendo ser um espaço de construção de cidadania. No entanto, a palavra família não surgiu em nenhuma unidade de registro, entre os sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, sendo que 47% destes registraram a atuação no PSF, cujo foco de atenção é a família e a comunidade. O processo de trabalho na saúde da família possui como uma das suas características a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade (BRASIL, 2006a).

Tal observação foi merecedora de destaque pela pesquisadora, considerando que a palavra comunidade surgiu em nove unidades de registro, sendo cinco em referência a ações de educação em saúde e quatro a ações comunitárias específicas, transcritas a seguir:

*“Interação com a comunidade” (A1).*

*“Realização de atividades de prevenção na comunidade” (A3).*

*“Reuniões com líderes comunitários e comunidade para resolução dos problemas possíveis” (A7).*

*“Participação de programas junto com a comunidade” (A12).*

Considerando que a ABS é o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde, o atual modelo de atenção básica à saúde, de acordo com diretrizes globais (WHO, 2008; ICN, 2008), possui de forma inerente a visão de usuários numa escala progressiva de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Esta visão de usuário é indissociável da ABS, exigindo da equipe de saúde o planejamento das ações de saúde nesta amplitude.

Na análise das ações desenvolvidas na Região Norte – Amazonas, as ações integradas da equipe multiprofissional constituíram outra categoria temática, mediante as seguintes unidades de registro:

*“Realizar e participar junto com outros profissionais das atividades na UBS” (A12 e 15).*

*“Ter reuniões semanais com toda a equipe para programar as atividades da semana” (A9).*

*“Ter integração entre toda a equipe (falar a mesma língua)” (A7).*

Considerando que a realização da atenção básica requer a assistência à saúde na singularidade dos usuários, na complexidade e na integralidade da área, esta só acontece sob a forma de trabalho em equipe multiprofissional, conforme previsto na PNAB (anexo II) e na regulamentação do exercício da enfermagem, ao estabelecer as atribuições compartilhadas para o enfermeiro como integrante da equipe de saúde (BRASIL, 2000).

Quanto a consulta de enfermagem, esta apesar de estar prevista na assistência à saúde e de enfermagem, recebeu uma categoria temática distinta por iniciativa da pesquisadora, considerando a relevância da ação em todos os contextos de saúde. A unidade de registro *“consulta de enfermagem”* teve três freqüências de aparição, com total uniformidade de linguagem. Destaca-se que a consulta de enfermagem constitui ato privativo do enfermeiro, previsto na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso I, alínea “i” e no Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso I alínea “e”. Na PNAB, a consulta de enfermagem está prevista nas atribuições específicas do enfermeiro (anexo II), constituindo instrumento de adesão dos usuários aos programas de saúde, dada a garantia da presença do enfermeiro nos serviços de saúde e a sua inserção nas comunidades.

As ações dirigidas a grupos constituíram outra categoria temática para as ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, surgindo através de duas unidades de registro, totalizando três freqüências de aparição, a saber:

*“Atendimento em grupo” (A8 e 14).*

*“Reunião com idosos” (A2).*

No cotidiano da atenção básica à saúde, o trabalho em grupo está inserido em todas diretrizes dos programas de saúde, dada a visão abrangente de usuário (indivíduos, famílias, grupos e comunidades). Faz parte do planejamento e da assistência à saúde a atuação da equipe multiprofissional junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes, hipertensos e diabéticos, idosos, portadores de doenças crônicas, familiares, entre outros. Os grupos na atenção básica

constituem modalidade assistencial não convencional, dinâmica, participativa e de exercício da cidadania.

Como última categoria temática das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, mas não menos importante, as ações dirigidas ao indivíduo surgiram em duas unidades de registro com duas freqüências de aparição, a saber:

*“Atendimento individualizado de acordo com o problema encontrado” (A7).*

*“Trabalhar com a realidade biopsicossocial do indivíduo” (A9).*

A PNAB (anexo II) estabeleceu a escuta qualificada do usuário, o atendimento humanizado e o estabelecimento de vínculo como atribuições comuns a todos os profissionais de saúde. A Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006, instituiu a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2006c), na qual é assegurado a todo cidadão na sua individualidade de ser humano o atendimento efetivo, humanizado, seguro e acolhedor, estabelecendo direitos e deveres para os usuários, os profissionais e gestores da saúde, com ênfase no compartilhar idéias e experiências pessoais. Paralelamente, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política Nacional da Humanização, conhecida como o programa HumanizaSUS, a constituir o eixo norteador das práticas e da gestão em todas as instâncias do SUS (BRASIL, 2004).

### Região Nordeste – Piauí

A análise das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí seguiu o mesmo percurso metodológico descrito na Região Norte – Amazonas, tendo a PNAB e a regulamentação profissional da enfermagem como base teórica de análise.

Alguns sujeitos da pesquisa nesta região geográfica registraram um número superior de ações desenvolvidas ao requerido no questionário. A pesquisadora optou em não excluir nenhum dado registrado, transcrevendo as unidades de registro na íntegra que, reunidas, analisadas, codificadas e categorizadas, compuseram o quadro 3.

Ações Desenvolvidas (Dados Brutos)	Presença	Frequência	Categoria
Acompanhamento ao hipertenso e diabético – Hiperdia Acompanhamento de gestantes (pré-natal) Coleta de Papanicolau – Prevenção do câncer cérvico-uterino Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança – Puericultura Proteção específica como por exemplo a imunização Vacinação Tuberculose – Assistência de enfermagem no Programa Hanseníase – Assistência de enfermagem no Programa Assistência ao adolescente Assistência ao idoso Assistência humanizada no atendimento de enfermagem Planejamento familiar Saúde da mulher	B1 B2 B4 B5 B7 B8 B12 B13 B14 B15 B1 B2 B4 B5 B6 B7 B8 B9 B12 B13 B14 B15 B1 B4 B5 B7 B10 B12 B1 B2 B4 B6 B8 B9 B15 B3 B6 B7 B9 B13 B14 B15 B7 B12 B12 B8 B8 B11 B15 B15	50	Ações assistenciais nos programas de saúde
Educação em saúde Atividades educativas coletivas Palestras Educação em saúde aos grupos assistidos Atividades educativas Atividades educativas em grupo Sessões educativas nas escolas sobre DST Curso para gestantes 'bem vindo à vida'	B2 B3 B5 B4 B10 B11 B13 B14 B15 B15	10	Ações de educação em saúde
Visitas domiciliares aos idosos e acamados Visita domiciliar Visita domiciliar a família	B1 B2 B3 B9 B10 B13 B14 B11	08	Ações domiciliares
Reuniões com grupos: adolescentes, idosos, gestante Grupos de HAS Grupos de gestantes	B9 B10 B10	03	Ações dirigidas a grupos
Avaliação do trabalho realizado Planejamento das ações desenvolvidas na ABS	B6 A15	02	Ações administrativas
Identificar principais problemas da área e planejar uma forma de resolução seja a curto, médio e/ou longo prazo Conhecimento da realidade da comunidade assistida	B3 B11	02	Ações epidemiológicas
Consulta de enfermagem	B8 B15	02	Consulta de enfermagem
Articulação da equipe de saúde com outros setores como por exemplo a educação, serviço social	B3	01	Ações integradas da equipe multiprofissional
Treinamento da equipe	B6	01	Ações de educação permanente

**QUADRO 3 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ**

FONTE: A Autora (2009)

Na Região Nordeste – Piauí, as ações assistenciais nos programas de saúde surgiram como categoria temática de cinquenta freqüências de aparição e treze de unidades de registro. Comparativamente, esta categoria constituiu a predominância das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, contemplando oito das dez áreas estratégicas da ABS, a saber: a saúde da mulher, a saúde da criança, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde do idoso, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, o controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase.

O controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus foi registrado através do “*acompanhamento ao hipertenso e diabético no Hiperdia*<sup>23</sup>”; o controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase foram registrados com a ênfase na “*assistência de enfermagem no programa*”; a saúde da mulher foi registrada mediante o “*acompanhamento de gestantes (pré-natal)*”, “*prevenção do câncer de colo uterino e coleta de Papanicolau*” e o “*planejamento familiar*”; a saúde da criança e a eliminação da desnutrição infantil surgiram com as unidades de registro de “*acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança – puericultura*”; e, a saúde do idoso foi explicitada com a unidade de registro “*assistência ao idoso*”. Surgiram ainda como ações assistenciais a imunização, a assistência ao adolescente e uma unidade de registro a ser destacada

“*Assistência **humanizada** no atendimento de enfermagem*” (grifo nosso) (B11).

Nesta região geográfica não surgiu a categoria temática de ações dirigidas ao indivíduo; no entanto, necessariamente, a assistência humanizada é dirigida à pessoa e acontece de pessoa para pessoa. Desse modo, a assistência humanizada no atendimento de enfermagem requer de cada profissional de enfermagem o ‘se sentir pessoa’ para atender ‘a outra pessoa’. A enfermagem é uma profissão essencialmente humana, por razões antropológicas, históricas, e sociais, trazendo na origem da enfermagem moderna a afirmativa de Florence Nightingale de que “*fazer enfermagem é sentir o paciente sem exigir dele o esforço de dizer como está se sentido*” (NIGHTINGALE, 1989). A humanização da assistência não garante o todo da qualidade da assistência; no entanto, sem

<sup>23</sup> Hiperdia – Programa do Ministério da Saúde específico para o controle da hipertensão arterial e da diabete mellitus.



humanização não há qualidade. O zelo pelo humano na atenção à saúde deve ser de todos; no entanto, considerando que os profissionais de enfermagem estão presentes em todos os serviços de saúde, ao longo de todo o período de funcionamento, deles advém uma responsabilidade maior de administrar diligentemente a manifestação do humano.

Na Região Nordeste – Piauí, as ações de educação em saúde compuseram a segunda categoria temática, contendo dez frequências de aparição e oito unidades de registro, nestas houve ênfase para as atividades educativas em grupos e a escola, novamente, surgiu como ambiente para a educação em saúde.

Na sequência, as ações domiciliares surgiram como a terceira categoria, com oito frequências de aparição e três unidades de registro, tendo havido um registro de

*“Visita domiciliar à família” (B11).*

Esta unidade de registro traduz a realidade do processo de trabalho requerido na estratégia saúde da família. Recorrendo à informação da área de atuação dos sujeitos da pesquisa na ABS, todos os enfermeiros participantes da pesquisa na Região Nordeste – Piauí informaram atuar no PSF.

As ações dirigidas a grupos constituíram a quarta categoria temática da região geográfica em referência, apresentando três frequência de aparição e três unidades de registro relativa a grupos de adolescentes, idosos, gestante, HAS e gestantes. Esta categoria temática, apesar de distinta, revelada que a sua presença enriquece as ações assistenciais dos programas de saúde presentes na primeira categoria desta região.

As ações administrativas e epidemiológicas compuseram categorias temáticas distintas, com igual unidade de registro e frequência de aparição, sendo duas para cada item. Nas ações administrativas, a avaliação e o planejamento constituíram a base definidora da unidade de registro; sendo que, nas ações epidemiológicas a identificação/resolução dos problemas de saúde e o conhecimento da realidade da comunidade assistida referenciaram a manifestação da proposta epidemiológica na ABS.

A sétima categoria temática desta região, igualmente com duas frequências de aparição, mas com uma unidade de registro, foi constituída pela

consulta de enfermagem, cuja análise de relevância já foi efetuada no item equivalente na Região Norte – Amazonas.

As ações integradas da equipe multiprofissional surgiram nas ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí, numa única frequência de aparição e unidade de registro, destacando:

*“Articulação da equipe de saúde com outros setores como por exemplo: a educação, o serviço social” (B3)*

A articulação referida, além de explicitar as ações integradas da equipe multiprofissional, requer a articulação entre secretarias municipais ou estaduais e até interministeriais, com a finalidade de realizar as políticas públicas das diferentes áreas da ordem social de forma articulada e integrada.

As ações de educação permanente também compuseram categoria temática com uma só frequência de aparição e unidade de registro, fazendo referência ao “treinamento da equipe”.

### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

No mesmo caminho metodológico, as ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul foram categorizadas em nove categorias temáticas, conforme retrata o quadro 4.

Ações Desenvolvidas (Dados Brutos)	Presença	Frequência	Categoria
Assistência integral ao paciente Orientações para alta Assistência a pacientes juntamente com a equipe de enfermagem Cuidados de enfermagem de maior complexidade Exame preventivo de mama e colo uterino Coleta de material citopatológico Imunização e acompanhamento da criança Acompanhamento pré-natal e puerpério Tratamento de feridas Coleta de sangue na unidade para exames Campanhas exclusivas da unidade: Tb e hansen Participar da pré e pós-consulta médica Avaliação pé-diabético Encaminhamento pacientes coleta HIV Puericultura Controle de pacientes diabéticos e hipertensos	C2 C2 C3 C4 C5 C12 C6 C6 C6 C6 C8 C8 C9 C14 C14 C14 C15	17	Ações assistenciais nos programas de saúde
Manutenção preventiva e conservação dos materiais e equipamentos da Unidade 24 h Existência de materiais básicos para a assistência na Unidade 24 horas Coordenação da equipe de enfermagem Direção do serviço de enfermagem Coordenação, supervisão e planejamento da assistência de enfermagem Planejamento e organização do serviço de enfermagem Consultoria e emissão de pareceres referente a prática de enfermagem Planejamento das atividades/cronograma Supervisão das atividades desenvolvidas pelos outros profissionais Responsabilidade pela sala de vacina Agendamento nos programas	C1 C1 C3 C4 C4 C4 C4 C7 C10 C11 C13	11	Ações administrativas
Necessidade de profissionais realmente capacitados Maior incentivo da instituição para cursos e atualizações Trabalho de motivação da equipe e interação interpessoal Atualização da equipe Educação continuada para a equipe Ser referência para a equipe nas realizações de técnicas Capacitar a equipe para o atendimento humanizado Atividade educativa com os ACS	C1 C1 C3 C5 C7 C9 C9 C11 C12	09	Ações de educação permanente
Promoção da saúde por ações educativas Atividade educativa Educação em saúde para a comunidade Palestra com a comunidade Atividades coletivas e individuais de educação em saúde	C2 C5 C7 C9 C8 C13 C10 C12	08	Ações de educação em saúde
Consulta de enfermagem	C5 C8 C9 C10 C12 C13 C14 C15	08	Consulta de enfermagem
Melhor interação da equipe multiprofissional Reunião com equipe multiprofissional para resolução de casos dos pacientes Comprometimento profissional na equipe Análise dos resultados de cada ação e discussão destes com a equipe multiprofissional Oração pela manhã com funcionários	C1 C2 C13 C2 C11 C7 C8	07	Ações integradas da equipe multiprofissional
Visita domiciliar Visita domiciliar avaliando a família	C3 C5 C6 C11 C12 C13 C15	07	Ações domiciliares
Busca ativa de faltosos Notificação de novos casos de Tb, hansen (busca ativa)	C10 C11 C14 C15	04	Ações epidemiológicas
Humanização/acolhimento do indivíduo no atendimento Empatia no atendimento	C7 C13 C15	03	Ações dirigidas ao indivíduo

**QUADRO 4 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL**

FONTE: A Autora (2009)

Nesta região geográfica predominou a aproximação do quantitativo das freqüências de aparição com as unidades de registro, revelando uma diversidade de expressões com aproximação de significado conceitual.

Das unidades da federação representadas nesta pesquisa, o estado do Mato Grosso do Sul detém o índice da proporcionalidade de habitantes por enfermeiro menos favorável (1.458 habitantes/enfermeiro), fato que favorece o direcionamento da atuação dos enfermeiros para o gerenciamento de programas de saúde e atividades administrativas. Tal aspecto ficou retratado na análise das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, uma vez que as duas categorias temáticas com maior freqüência de aparição foram as categorias relativas a ações assistenciais nos programas de saúde e ações administrativas.

As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática com maior número de freqüências de aparição e de unidades de registro. A saúde da mulher e a saúde da criança, como áreas estratégicas da ABS, foram evidenciadas nas unidades de registro, mediante ações previstas nos programas específicos. Outras áreas estratégicas da ABS referidas nas unidades de registro incluíram: o controle da diabetes mellitus e da hipertensão, a eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose. A *“avaliação do pé-diabético”* (C 14) constituiu uma unidade de registro das ações desenvolvidas, cuja ação está prevista no programa de controle da diabetes mellitus. Do mesmo modo, o *“encaminhamento de pacientes para a coleta do HIV”* (C14) constituiu unidade de registro específica do programa HIV/AIDS. O *“tratamento de feridas”* (C6), igualmente, constituiu uma unidade de registro das ações assistenciais, representando ação não vinculada a um único programa; da mesma forma, foi registrada a ação *“coleta de sangue na unidade para exames”* (C8)

As demais unidades de registro desta categoria temática referenciaram ações abrangentes na ABS, comuns nos diferentes programas de saúde, como:

*“Assistência integral ao paciente”* (C2).

*“Orientações para alta”* (C2).

*“Assistência a pacientes juntamente com a equipe de enfermagem”* (C3).

*“Cuidados de enfermagem de maior complexidade”* (C4).

*“Participar da pré e pós-consulta médica”* (C9).

As ações administrativas constituíram a segunda categoria temática das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, apresentando onze freqüências de aparição e igual número de unidades de registro. As ações administrativas referidas incluíram desde atividades de maior complexidade, como: coordenação e supervisão da equipe de trabalho; direção, planejamento e organização do serviço de enfermagem; coordenação, supervisão e planejamento da assistência de enfermagem; consultoria e emissão de pareceres; até atividades como: agendamento nos programas, responsabilidade da sala de vacina, verificação da existência de materiais básicos para a assistência e manutenção preventiva e conservação de matérias e equipamentos.

A terceira categoria das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa nesta região geográfica abrangeu as ações de educação permanente, com nove freqüências de aparição e oito unidades de registro, surgindo como diferencial o *“trabalho de motivação da equipe e interação interpessoal”* (C3) e o *“capacitar a equipe para o atendimento humanizado”* (C9).

As ações de educação em saúde surgiram na seqüência, com oito freqüências de aparição e cinco unidades de registro, destacando atividades coletivas e individuais e ações educativas nas comunidades.

A consulta de enfermagem teve oito freqüências de aparição e igual número de unidades de registro, constituindo a quinta categoria temática das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa nesta região geográfica.

As ações integradas da equipe multiprofissional e as ações domiciliares apresentaram a mesma freqüência de aparição, totalizando sete freqüências cada categoria temática; sendo que, nas ações integradas da equipe multiprofissional surgiram cinco unidades de registro e nas ações domiciliares duas. No registro da visita domiciliar, a família foi mencionada por quatro sujeitos da pesquisa

Convém destacar as unidades de registro das ações integradas da equipe multiprofissional, considerando as ações contidas nas mesmas:

*“Melhor interação da equipe multiprofissional”* (C1).

*“Reunião com equipe multiprofissional para resolução de casos dos pacientes”* (C2 e 13).

*“Comprometimento profissional na equipe” (C2 e 11).*

*“Análise dos resultados de cada ação e discussão destes com a equipe multiprofissional” (C7).*

*“Oração pela manhã com funcionários” (C8).*

Observa-se que, dentre as ações integrativas, a oração com os funcionários surgiu de forma distinta. Inexistente nos manuais administrativos, na realidade aplicada, a oração constitui um momento de atividade reflexiva em grupo, oportunizando o exercício da espiritualidade que independe de vínculo ou conotação religiosa. Existencialmente, no ato de orar se busca o outro e se encontra a certeza de não estar só.

O orar aqui manifestado não se constitui num ato solitário, mas no ato de orar um com o outro e pelo outro, atitude esta que coincide com o significado existencial de sentir a presença do outro, acrescida do significado espiritual maior do encontro com o Ser Supremo, através do exercício da fé. [...] Através da oração é possível desenvolver as linguagens inter e intrapessoal, considerando a estrutura dialógica do ato de orar. [...] ...somente a oração possibilita o resplandecer momentâneo do divino como um amigo, alguém tratado como um *tu*, interlocutando os solilóquios humanos. [...] Mesmo a pessoa que afirma não crer em Deus recorre à oração, através dos monólogos consigo mesma, dado esse que a diferencia da pessoa teísta que estabelece diálogos com alguém distinto dela mesma. (HUF, 2002, p. 176).

A oitava categoria temática das ações desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul incluiu as ações epidemiológicas, com quatro freqüências de aparição e duas unidades de registro, ambas relacionadas a busca ativa de faltosos nos programas de saúde e novos casos em doenças transmissíveis.

As ações dirigidas ao indivíduo constituíram a última categoria temática das ações desenvolvidas entre os sujeitos da pesquisa desta região geográfica, com três freqüências de aparição e duas unidades de registro, assim manifestadas:

*“Humanização/acolhimento do indivíduo no atendimento” (C7 e 13).*

*“Empatia no atendimento” (C15),*

Tais ações denotam a prática do HumanizaSUS.

### Região Sudeste – Espírito Santo

Os dados obtidos entre os sujeitos da pesquisa da Região Sudeste – Espírito Santo receberam igual tratamento metodológico e foram reunidos no quadro 5. As ações desenvolvidas registradas foram categorizadas em dez categorias temáticas por ordem decrescente das frequências de aparição, assim dispostas: ações assistenciais nos programas de saúde, ações domiciliares, ações de educação em saúde, consulta de enfermagem, ações dirigidas a grupos, ações comunitárias, ações administrativas, ações integradas da equipe multiprofissional, ações dirigidas ao indivíduo e ações de educação permanente.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Saúde da mulher Hipertensão e Diabetes Saúde da criança Saúde do idoso com prevenção de escaras em acamados Puericultura Imunização Prevenção de agravos em acamados Preventivo  Aleitamento materno Primeira consulta do pré-natal	D1 D6 D1 D6 D7 D11 D13 D14 D15 D1 D6 D1 D4 D5 D7 D11 D13 D14 D15 D4 D5 D6 D7 D10 D11 D12 D13 D14 D15 D11 D12	31	Ações assistenciais nos programas de saúde
Visita domiciliar  Consultas em domicílio	D2 D4 D5 D7 D10 D12 D13 D14 D15 D8	10	Ações domiciliares
Educação em saúde Palestras Campanhas educativas	D1 D3 D4 D6 D5 D9 D12 D8 D10 D11	10	Ações de educação em saúde
Consulta de enfermagem	D7 D9 D10 D12 D13 D14 D15	07	Consulta de enfermagem
Atividades de grupo (palestras, grupo de vivência) Grupo de planejamento familiar Grupo de hiperdia Grupo de gestante	D2 D8 D8 D9 D8 D9	06	Ações dirigidas a grupos
Reuniões com comunidade Grupos na comunidade	D2 D4 D5 D3	04	Ações comunitárias
Planejamento e diagnóstico Avaliação da qualidade no atendimento prestado e não quantidade Garantia de resolatividade no serviço prestado	D2 D3 D3	03	Ações administrativas
Reuniões com a equipe Trabalho multiprofissional	D4 D10	02	Ações integradas da equipe multiprofissional
Acolhimento	D2 D3	02	Ações dirigidas ao indivíduo
Capacitação ACS	D9	01	Ações de educação permanente

**QUADRO 5 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO**  
 FONTE: A Autora (2009)

As ações desenvolvidas categorizadas como ações assistenciais dos programas de saúde surgiram com trinta e uma frequências de aparição em dez unidades de registro e retrataram diretamente as seguintes áreas estratégicas da ABS: a saúde da mulher, a saúde da criança, a saúde do idoso, o controle da

hipertensão arterial e o controle da diabetes mellitus. Na unidade de registro referente à saúde do idoso foi especificada “a saúde do idoso com prevenção de escaras em acamados” (D1), condição da qual os profissionais de enfermagem são responsáveis diretos dos cuidados preventivos proporcionais ao grau de dependência da pessoa. Outra unidade de registro de destaque nesta categoria foi a “prevenção de agravos em acamados” (D6) que reforça a unidade de registro anterior.

A categoria seguinte, reunindo as ações domiciliares, apresentou dez freqüências de aparição com duas unidades de registro: “visita domiciliar” e “consultas em domicílio”.

As ações de educação em saúde apresentaram dez freqüências de aparição e três unidades de referência, contendo referências diretas do tema, como: “educação em saúde”, “palestras” e “campanhas educativas”.

Na categoria temática subsequente surgiu a consulta de enfermagem com sete freqüências de aparição e uma única unidade de referência – “consulta de enfermagem”.

Na seqüência temática por aparição, surgiram as ações dirigidas a grupos, com seis freqüências de aparição e quatro unidades de registro, referindo grupos específicos de planejamento familiar, hiperdia e gestante. Destaque para a modalidade da ação dirigida a grupos surgiu na unidade de registro “atividades de grupo (palestras, grupo de vivência)” (D2).

As ações comunitárias foram registradas com quatro freqüências de aparição e duas unidades de registro, referindo: “reuniões com comunidade” e “grupos na comunidade”.

Entre os sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo, as ações administrativas revelaram cuidado com a qualidade da atenção à saúde mediante: “planejamento e diagnóstico situacional” (D2), “avaliação da qualidade no atendimento prestado e não quantidade” (D3) e “garantia de resolutividade no serviço prestado” (D3).

As ações integradas da equipe multiprofissional apresentaram duas freqüências de aparição e igual número de unidades de registro: “reuniões com a equipe” (D4) e “trabalho multiprofissional” (D10).



As ações dirigidas ao indivíduo constituíram a penúltima categoria temática das ações desenvolvidas entre os sujeitos da pesquisa desta região geográfica, com duas frequências de aparição e uma unidade de registro referindo: “acolhimento” (D2 e3), termo diretamente ligado ao programa HumanizaSUS.

Como última categoria temática, com apenas uma frequência de aparição, foi referida a “capacitação de ACS” (D9) que constitui ação de educação permanente.

### Região Sul – Paraná

Os dados obtidos entre os sujeitos da pesquisa da Região Sul – Paraná, seguindo o mesmo cuidado metodológico, foram reunidos no quadro 6.

As ações desenvolvidas registradas foram categorizadas em nove categorias temáticas por ordem decrescente das frequências de aparição, assim dispostas: ações assistenciais nos programas de saúde, consulta de enfermagem, ações administrativas, ações dirigidas ao indivíduo, ações de educação em saúde, ações de educação permanente, consulta de enfermagem, ações domiciliares, e ações comunitárias.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Triagem de pacientes Atendimento de urgências e emergências, inclusive nas rodovias Auxílio nos procedimentos médicos Assistência de enfermagem de alta complexidade Medicações Vacinas Conhecimento e domínio dos programas Prevenção de agravo Exame ginecológico para coleta de Papanicolau Preventivo do câncer de mama	E1 E4 E1 E1 E9 E5 E6 E5 E6 E13 E8 E7 E14 E8 E10 E3 D8 E12 E3 E8 E11	22	Ações assistenciais nos programas de saúde
Consulta de enfermagem à gestante Consulta de enfermagem na puericultura Consulta de enfermagem na saúde da mulher Consulta de enfermagem	E3 E3 E3 E4 E9 E5 E6 E7 E12 E15 E8 E13	12	Consulta de enfermagem
Supervisão da equipe de enfermagem Planejamento Organização no serviço Boa liderança democrática/autocrática Bom relacionamento com equipe de enfermagem Relatórios Conhecimento geral da área de abrangência	E1 E14 E2 E12 E2 E2 E10 E5 E6 E8	11	Ações administrativas
Bom relacionamento com pacientes Atendimento individualizado Atendimento prioritário aos mais necessitados	E2 E9 E4 E7 E11 E8 E14	07	Ações dirigidas ao indivíduo
Orientações sobre saúde Promoção à saúde e prevenção de doenças	E5 E6 E11 E8 E12 E15	06	Ações de educação em saúde
Conhecimento técnico-científico Acompanhamento diretamente junto ao ACS Capacitação dos ACS	E2 E8 E10 E13	04	Ações de educação permanente
Participação em equipe	E6 E7 E10 E11	04	Ações integradas da equipe multiprofissional
Atendimento domiciliar individual e de família	E4 E8 E10	03	Ações domiciliares
Atendimento comunitário	E8 E9	02	Ações comunitárias

QUADRO 6 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUL – PARANÁ

FONTE: A Autora (2009)

A primeira categoria temática das ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa desta região reuniu as ações assistenciais nos programas de saúde, com vinte e duas frequências de aparição e dez unidades de registro. As unidades de registro revelaram palavras que mais referiram procedimentos de enfermagem, fato que diferiu das demais regiões geográficas, uma vez que somente duas

unidades de registro referiram área estratégica da ABS, contida no programa de saúde da mulher. Destaca-se que os procedimentos de enfermagem são ações necessárias comuns a diferentes programas de saúde, cabe analisar se essas ações são desenvolvidas pelos enfermeiros conscientes da sua participação em programas de saúde ou somente como uma ação técnica.

A consulta de enfermagem constituiu a segunda categoria temática, com doze freqüências de aparição e quatro unidades de registro, especificando consulta de enfermagem na saúde da mulher e na saúde da criança. Comparativamente, esta foi a região geográfica na qual a consulta de enfermagem surgiu de forma mais efetiva. Cabe considerar se, ao registrar a consulta de enfermagem como ação desenvolvida sem a vinculação a um programa de saúde, o enfermeiro faz atua como integrante da equipe multiprofissional no desenvolvimento de um programa de saúde ou apenas como profissional que desenvolve uma ação técnica-científica.

As ações administrativas apresentaram onze freqüências de aparição e sete unidades de registro que contemplaram palavras como: 'supervisão', 'planejamento', 'organização', 'liderança', 'relacionamento', 'relatórios' e *"conhecimento geral da área de abrangência"* (E8).

A categoria temática seguinte reuniu ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa relativa a ações dirigidas ao indivíduo, com sete freqüências de aparição e três unidades de registro, no sentido de ofertar atenção à saúde na qual a necessidade da pessoa resulta numa assistência individualizada. Este cuidado revela o humano e determina a diferença de qualidade da atenção à saúde – o usuário é cuidado como pessoa que necessita de atenção na manifestação de um ou mais problemas de saúde e não apenas como mais um usuário que comparece ao serviço de saúde. Segue a citação das unidades de registro que manifestaram a preocupação com a pessoa:

*"Bom relacionamento com pacientes"* (E2 e 9).

*"Atendimento individualizado"* (E4, 7 e 11).

*"Atendimento prioritário aos mais necessitados"* (E8 e 14).

As ações de educação em saúde surgiram com seis frequências de aparição e duas unidades de registro referindo: *“orientações sobre saúde”* e *“promoção à saúde e prevenção de doenças”*.

Na seqüência surgiram as ações de educação permanente, com quatro frequências de aparição e três unidades de registro que referiram a necessidade de conhecimento e a capacitação dos ACS.

As ações integradas da equipe multiprofissional emergiram com quatro frequências de aparição e uma única unidade de registro: *“participação em equipe”*.

As ações domiciliares e comunitárias, categorizadas em categorias temáticas distintas, tiveram uma unidade de registro cada, ambas destacando o “atendimento” domiciliar e comunitário, respectivamente; sendo que, no atendimento domiciliar foi especificado “indivíduo e família”. Neste item, entre os sujeitos participantes da pesquisa, a Região Sul – Paraná foi destaque nacional, considerando que as ações domiciliares foram referidas como *“atendimento domiciliar individual e de família”* e não apenas como ‘visita domiciliar’ ou ‘atendimento domiciliar ao indivíduo’. Nesta área 87% dos enfermeiros participantes da pesquisa estavam vinculados ao PSF, dado que demonstra a consciência do desenvolvimento do programa de acordo com a proposta central – **família**.

### Âmbito nacional

Na análise geral da questão relativa a ações desenvolvidas na ABS pelos sujeitos da pesquisa, as categorias temáticas foram reunidas num só quadro (quadro 7), na ordem das freqüências de aparição, com a finalidade de estabelecer um comparativo nacional.

<b>Região Norte – Amazonas</b>	<b>Região Nordeste – Piauí</b>	<b>Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul</b>	<b>Região Sudeste – Espírito Santo</b>	<b>Região Sul – Paraná</b>
Ações de educação em saúde (15)	Ações de educação em saúde (10)	Ações de educação em saúde (08)	Ações de educação em saúde (10)	Ações de educação em saúde (06)
Ações assistenciais nos programas de saúde (09)	Ações assistenciais nos programas de saúde (50)	Ações assistenciais nos programas de saúde (17)	Ações assistenciais nos programas de saúde (31)	Ações assistenciais nos programas de saúde (22)
Ações epidemiológicas (09)	Ações epidemiológicas (02)	Ações epidemiológicas (04)	-	-
Ações administrativas (09)	Ações administrativas (02)	Ações administrativas (11)	Ações administrativas (03)	Ações administrativas (11)
Ações de educação permanente (07)	Ações de educação permanente (01)	Ações de educação permanente (09)	Ações de educação permanente (01)	Ações de educação permanente (04)
Ações domiciliares (04)	Ações domiciliares (08)	Ações domiciliares (07)	Ações domiciliares (10)	Ações domiciliares (03)
Ações comunitárias (04)			Ações comunitárias (04)	Ações comunitárias (02)
Ações integradas da equipe multiprofissional (03)	Ações integradas da equipe multiprofissional (01)	Ações integradas da equipe multiprofissional (07)	Ações integradas da equipe multiprofissional (02)	Ações integradas da equipe multiprofissional (04)
Consulta de enfermagem (03)	Consulta de enfermagem (02)	Consulta de enfermagem (08)	Consulta de enfermagem (07)	Consulta de enfermagem (12)
Ações dirigidas a grupos (03)	Ações dirigidas a grupos (03)	-	Ações dirigidas a grupos (06)	-
Ações dirigidas ao indivíduo (02)	-	Ações dirigidas ao indivíduo (03)	Ações dirigidas ao indivíduo (02)	Ações dirigidas ao indivíduo (07)

**QUADRO 7 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – ÂMBITO NACIONAL**

FONTE: A Autora (2009)

Considerando que a Região Norte – Amazonas contemplou todas as categorias temáticas estabelecidas na análise regional das ações desenvolvidas pelos sujeitos desta pesquisa, a análise nacional comparativa seguiu a ordem da aparição das categorias na referida região.

1. Ações de educação em saúde – As ações de educação em saúde foram contempladas em todas as regiões geográficas, com freqüência máxima de aparição de quinze (Região Norte – Amazonas) e mínima de seis (Região Sul – Paraná), totalizando quarenta e nove aparições no âmbito nacional. Tal freqüência confirma a relevância da educação em saúde na ABS e a consciência dos enfermeiros participantes da pesquisa não somente como cuidadores, mas, igualmente, educadores em saúde.

2. Ações assistenciais nos programas de saúde – As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática com

maior frequência de aparição acumulada. Presente nas cinco regiões geográficas, esta categoria temática apresentou frequência de aparição máxima de cinquenta (Região Nordeste – Piauí) e mínima de nove (Região Norte – Amazonas), acumulando, nacionalmente, cento e vinte e nove frequências de aparição. Destaca-se que a atenção à saúde no Brasil é desenvolvida através de programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, com posterior portarias normativas de implantação e efetivação dos programas nos municípios. Mesmo na estratégia da saúde da família, ainda efetivada como PSF, tais programas são desenvolvidos como projetos do PSF no que se refere às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Desse modo, na ABS todas as ações assistenciais desenvolvidas por enfermeiros constituem parte de um dos programas de saúde praticados no Brasil.

3. Ações epidemiológicas – A finalidade base da ABS é a solução dos problemas de saúde do indivíduo, das famílias, dos grupos e das comunidades. Para cumprir tal finalidade, a PNAB (anexo II) estabelece um processo de trabalho que contempla ações de natureza epidemiológica, tais como: cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, busca ativa, notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e situações de importância local. Nesta pesquisa, as ações epidemiológicas foram registradas nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com frequência de aparição acumulada de quinze que, regionalmente, variou entre o máximo de nove aparições e o mínimo de duas. Nas Regiões Sudeste – Espírito Santo e Sul – Paraná, as ações epidemiológicas não foram registradas. Considerando que tais ações constituem a base do processo de trabalho na ABS, a ausência dessas ações no registro das ações desenvolvidas constitui um sinal de alerta. A exemplo, os dados coletados na Região Sul – Paraná concentraram-se na região conhecida como norte pioneiro de limite geográfico com o Mato Grosso do Sul que, neste momento atual, está em alerta constante pelo elevado número de casos de dengue. As condições climáticas do norte do Paraná, semelhantes a do Mato Grosso do Sul, favorecem o surgimento da dengue naquela região, risco este que deve ser considerado e prevenido mediante ações epidemiológicas. Na operacionalização do trabalho, a base do levantamento dos dados epidemiológicos é realizada pelos ACS; no entanto, estes são coordenados por

enfermeiros que, por sua vez, possuem por atribuição a atribuição de sistematizar os dados e traçar o diagnóstico situacional que servirá de base para as ações de saúde a serem desenvolvidas. Portanto, a ausência ou a baixa frequência de aparição das ações epidemiológicas pode confirmar a informação de conhecimento público de que no Brasil os dados estatísticos são falhos, devido a subnotificação, favorecendo o surgimento de epidemias sem que as autoridades sanitárias tenham adotado medidas preventivas.

4. Ações administrativas – As ações administrativas foram registradas em todas as regiões pesquisadas, somando trinta e seis frequências de aparição. As Regiões Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sul – Paraná apresentaram igual número de aparições, representando o valor máximo da frequência desta categoria temática. Cada região supracitada totalizou onze frequências de aparição das ações administrativas. Na Região Nordeste – Piauí, esta categoria apresentou o valor mínimo de frequência com duas aparições. Destaca-se que as ações administrativas constituem atividade intrínseca ao cotidiano do enfermeiro, no papel de líder da equipe de enfermagem, sem deixar de considerar que a assistência de enfermagem dirigida para o cuidado é a base do exercício da enfermagem. Desse modo, nesta pesquisa ficou demonstrado que a relação entre assistência e administração é favorável, considerando que em todas as regiões geográficas a categoria temática das ações assistenciais nos programas de saúde obteve maior índice de registro do que as ações administrativas.

5. Ações de educação permanente – Ausente na Região Sul – Paraná, as ações de educação permanente constituem responsabilidade de todas as instâncias governamentais e estão previstas na PNAB (anexo II) como atribuição comum a todos os profissionais da ABS. Entre as regiões que registraram as ações de educação permanente, estas somaram dezoito frequências de aparição. Os sujeitos da pesquisa da Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul registraram maior frequência de aparição, totalizando nove registros. Nas Regiões Nordeste – Piauí e Sudeste – Espírito Santo foram registradas as frequências de aparição de valor mínimo, sendo uma aparição em cada região.

6. Ações domiciliares – Estas ações foram representadas em todas as regiões geográficas pesquisadas, somando trinta e duas frequências de aparição no âmbito nacional. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na

Região Sudeste – Espírito Santo, com dez aparições; sendo que, o valor mínimo surgiu na Região Sul – Paraná com três freqüências de aparição. As ações domiciliares fazem parte das atribuições do enfermeiro do PACS e do PSF, conforme previsto na PNAB (anexo II). Nesta pesquisa, 75% dos enfermeiros participantes registraram atuação no PACS e PSF. Comparativamente, em termos proporcionais, considerando que as ações assistenciais totalizaram cento e vinte e nove freqüências de aparição e que estas, conforme as unidades de registro, acontecem nas unidades de saúde, é possível concluir que o índice de ações domiciliares ainda é baixo com base na finalidade do PACS e do PSF.

7. Ações comunitárias – As ações comunitárias totalizaram nacionalmente dez freqüências de aparição, tendo sido registradas nas Regiões Norte – Amazonas, Sudeste – Espírito Santo e Sul – Paraná, com ausência nas Regiões Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul. O valor máximo de freqüência de aparição foi registrado nas Regiões Norte – Amazonas e Sudeste – Espírito Santo, com quatro aparições por região. O valor mínimo de freqüência de aparição foi pontuado na Região Sul – Paraná, com duas aparições. Considerando que a finalidade precípua da ABS é a saúde comunitária, cuja dinâmica de trabalho deve levar saúde para a comunidade, observa-se que o processo de trabalho entre os enfermeiros pesquisados não retratou a proposta fundamental da PNAB. Vale destacar que houve congruência dos dados da Região Sudeste – Espírito Santo entre as ações domiciliares e as ações comunitárias, apresentando nas duas categorias temáticas o maior valor de freqüência de aparição. Tal ocorrência possibilita concluir que, comparativamente, os enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo retrataram com maior evidência a finalidade da ABS de ‘bater à porta do cidadão’.

8. Ações integradas da equipe multiprofissional – Estas ações totalizaram dezessete freqüências de aparições, tendo sido registradas nas cinco regiões pesquisadas. O valor máximo de freqüência de aparição foi registrado na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com sete aparições, e o valor mínimo surgiu na Região Nordeste – Piauí, com uma aparição. Destaca-se que a proposta de realização da ABS é de que esta se dê através das atividades desenvolvidas da equipe multiprofissional.



9. Consulta de enfermagem – Esta categoria temática foi registrada em todas as regiões pesquisadas, num total de trinta e duas frequências de aparição. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na Região Sul – Paraná, com doze aparições, e o valor mínimo foi pontuado na Região Nordeste – Piauí com duas aparições. Considerando que a consulta de enfermagem é atribuição privativa do enfermeiro, a ser desenvolvida na modalidade domiciliar ou ambulatorial, esta deve estar presente no cotidiano do enfermeiro que atua na ABS. Pelos valores de frequência de aparição registrados nas Regiões Norte – Amazonas e Região Nordeste – Piauí, comparados aos valores das demais regiões geográficas, é possível concluir que a consulta de enfermagem constituiu ação ainda pouco presente na realidade de trabalho dos enfermeiros participantes da pesquisa nas regiões em referência. Pela relevância da consulta de enfermagem na ABS, mesmo nas regiões que apresentaram frequência de aparição maior, estes índices podem ser considerados baixos, por retratar que sendo uma ação de presença diária na atuação do enfermeiro da ABS prevista legalmente, esta presença não ficou evidenciada nos registros dos enfermeiros participantes.

10. Ações dirigidas a grupos – Esta categoria de ações registrou doze aparições, com presença registrada nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí e Sudeste – Espírito Santo. A Região Sudeste – Espírito Santo foi a região que apresentou maior valor de frequência de aparição, com seis aparições. Este aspecto, somado ao resultado obtido nas categorias de ações domiciliares e comunitárias, revela que os enfermeiros participantes da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo registraram ações mais próximas da finalidade essencial da ABS. As Regiões Norte – Amazonas e Nordeste – Piauí registraram, igualmente, o valor mínimo de frequência, com três aparições em cada grupo.

11. Ações dirigidas ao indivíduo – O registro de ações dirigidas ao indivíduo não surgiu na Região Nordeste – Piauí. Nas demais regiões, estas ações totalizaram quatorze frequências de aparição; sendo que, na Região Sul – Paraná foi registrado o valor máximo de aparição, com sete aparições, e nas Regiões Norte – Amazonas e Sudeste – Espírito Santo surgiu o valor mínimo, com duas frequências de aparição em cada região. A relevância desta categoria, oficialmente, está vinculada ao programa HumanizaSUS e, conceitualmente, a

questões existenciais daquele que necessita de cuidado. Cada pessoa em necessidade tem urgência em ser atendida; portanto, o acolhimento recebido pela pessoa na assistência à saúde é ponto fundamental para o grau de satisfação dos usuários da saúde.

### **Das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa**

Esta questão recebeu o mesmo tratamento metodológico da questão anterior e obteve a categorização com onze categorias temáticas, a saber: participação e controle social, ações assistenciais nos programas de saúde, ações integradas da equipe multiprofissional, ações administrativas, ações de educação em saúde, ações de educação permanente, ações dirigidas a grupos, ações comunitárias, ações dirigidas ao humano, consulta de enfermagem e ações domiciliares.

#### **Região Norte – Amazonas**

A Região Norte – Amazonas registrou a presença de seis das onze categorias temáticas das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, mas que, na opinião dos sujeitos, poderiam fazer a diferença no dia-a-dia profissional, sintetizadas no quadro 8.

<b>Ações Desenvolvidas</b>	<b>Presença</b>	<b>Frequência</b>	<b>Categoria</b>
Participação de um serviço móvel Maior atuação na área de cobertura Menos assistência e mais prevenção Programa de aleitamento materno Imunização na casa de saúde (sala de vacina não tem) Atenção integral à saúde da mulher Atenção integral à saúde da criança Prescrição de medicamentos previstos em programas Atenção aos critérios de prevenção de agravos Sistematização da assistência de enfermagem na ABS	A2 A2 A2 A5 A7 A11 A11 A11 A11 A11	10	Ações assistenciais nos programas de saúde
Professores de educação física à disposição para o hiperdia Presença ativa do serviço social na comunidade Nutricionista à disposição Integração das secretarias de infra-estrutura e da saúde Participação conjunta com o serviço social Ação social mais abrangente	A1 A1 A1 A1 A2 A13	06	Ações integradas da equipe multiprofissional
Integração da UBS com o hospital Cadastro eletrônico das famílias Prontuário eletrônico Contra-referência dos pacientes que retornam dos níveis de atenção secundária ou terciária Participação nos planos de ação	A2 A10 A10 A10 A13	05	Ações administrativas
Palestras na comunidade com a presença do presidente da comunidade Uma real saúde preventiva	A1 A5	02	Ações de educação em saúde
Sala de reunião e treinamento na UBS As reuniões semanais com toda a equipe, muitas vezes não são possíveis, pois o tempo é curto, já que o número de atendimentos é muito grande (ribeirinhos)	A7 A9	02	Ações de educação permanente
Terapia de grupos necessitados de informações de saúde	A14	01	Ações dirigidas a grupos

**QUADRO 8 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORTE - AMAZONAS**

FONTE: A Autora (2009)

As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática de maior frequência de aparição, abrangendo aspectos que determinariam melhoria direta na execução dos programas de saúde da mulher, saúde da criança, prevenção de agravos e ampliação de cobertura, mediante serviço móvel. Desta questão, duas unidades de registro contiveram questões diretamente relacionadas ao exercício profissional do enfermeiro, a saber:

*“Prescrição de medicamentos previstos em programas” (A11) e  
“Sistematização da assistência de enfermagem na ABS” (A11).*

Destaca-se que a prescrição de medicamentos por enfermeiro mediante protocolos de saúde está prevista legalmente na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso II, alínea “c” e no Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso II, alínea “c” (BRASIL, 2000); portanto, trata-se de atividade compartilhada entre os integrantes da equipe de saúde. No entanto, a sistematização da assistência de enfermagem na ABS contempla a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem, duas atribuições privativas do enfermeiro, conforme preconizado na Lei nº 7.498/86, art. 11, inciso I, alíneas “i” e “j”, respectivamente, e no Decreto nº 94.406/87, art. 8º, inciso I, alíneas “e” e “f” (BRASIL, 2000). Por ser atividade privativa, é responsabilidade **direta e exclusiva** do enfermeiro a decisão da realização da consulta de enfermagem e da prescrição de enfermagem. Não há razão alguma para o enfermeiro aguardar a normatização pelo gestor municipal ou determinação do gerente da unidade de saúde, uma vez que a execução de ambas cumpre legislação federal, amparada pela PNAB (anexo I); portanto, com o reconhecimento do Ministério da Saúde.

Já a prescrição de medicamentos por enfermeiro mediante protocolos de saúde é objeto de conflito entre médicos e enfermeiros em muitas unidades de saúde. O Ministério da Saúde, ao estabelecer a PNAB (anexo I), no que se refere às atribuições do enfermeiro, manteve a norma legal assegurada na Lei supracitada, não comprometendo o diagnóstico clínico do médico, a autonomia deste profissional para a prescrição de medicamentos, a solicitação de exames e a introdução do tratamento médico adequado como atividades privativas do médico. Não há respaldo legal para o enfermeiro prescrever medicamentos de forma independente e inicial. Este prescreve mediante protocolos nos programas

de saúde ou nas situações rotineiras do processo de assistência à saúde. Tal procedimento é legalmente antecedido pela consulta de enfermagem e pelos diagnósticos e prescrições de enfermagem que, em hipótese alguma, conflitam com as atividades privativas do médico.

Comparativamente, ao rever as ações desenvolvidas, observa-se que não houve registro da prescrição de medicamentos pelos enfermeiros participantes da pesquisa, dado que permite concluir que a prescrição de medicamentos, conforme prevista legalmente, não faz parte da realidade de trabalho dos sujeitos da pesquisa.

As ações integrativas da equipe multiprofissional constituíram a segunda categoria temática das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Norte – Amazonas, destacando a necessidade da participação do profissional de educação física, serviço social e da nutrição na equipe multiprofissional. A ampliação da equipe multiprofissional na ABS é decisão municipal, através dos gestores municipais e dos conselhos municipais de saúde, cabendo a profissionais e usuários da saúde pleitear a melhoria da atenção à saúde e apontar soluções. Outro item de destaque nesta categoria temática constituiu a unidade de registro

*“Integração das secretarias de infra-estrutura e de saúde” (A1)*

que, retrata o contexto regional por ser a região geográfica brasileira com menor índice de municípios com abastecimento de água (94%) e de domicílios abastecidos por rede geral (44,3%) (IBGE, 2002). Desse modo, a integração das secretarias municipais de saúde com as secretarias de infra-estrutura na realização de obras de saneamento básico constitui ação geradora de saúde populacional. Contar com enfermeiros na ABS com visão abrangente de saúde que não resulta somente das políticas específicas da saúde ou de ações isoladas das secretarias de saúde permite que sejam efetivadas integrações e parcerias além das instituições de saúde produzindo saúde para as comunidades atendidas.

As ações administrativas compuseram a terceira categoria temática das ações não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas, sinalizando a necessidade da atualização da tecnologia da informação

já disponível na saúde brasileira, a depender da iniciativa municipal para a implantação:

*“Cadastro eletrônico das famílias” (A10).*

*“Prontuário eletrônico” (A10).*

Faz parte do processo de implantação da estratégia saúde da família pelos municípios a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo, conforme determina a PNAB (anexo II). Portanto, cadastro e prontuário eletrônicos são indispensáveis no processo de informação dos dados das condições de saúde da população e das ações desenvolvidas nas unidades de saúde.

As unidades de registro

*“Integração da UBS com o hospital” (A2),*

*“Contra-referência dos pacientes que retornam dos níveis de atenção secundária ou terciária” (A10) e*

*“Participação nos planos de ação” (A13)*

revelaram a necessidade dos enfermeiros participantes da pesquisa de articular de forma efetiva com os seus pares vinculados a outras instituições de saúde e responsáveis pela elaboração dos planos de ação em saúde para o melhor atendimento dos usuários e das comunidades assistidas. O fluxo dos usuários para a garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial deve constar nos planos municipais de saúde, conforme o previsto na PNAB (anexo II). Cabe aos profissionais e usuários da saúde zelar pelo cumprimento do previsto, mediante participação social nos Conselhos Municipais de Saúde e nos próprios serviços de saúde.

As ações de educação em saúde registradas como não realizadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas revelaram:

*“Palestras na comunidade com a presença do presidente da comunidade” (A1) e*

*“Uma real saúde preventiva” (A5)*

como ações que poderiam produzir mudanças transformadoras em saúde.

As ações de educação permanente registradas como não realizadas reuniram unidades de registro que revelaram dificuldades operacionais na efetivação das mesmas, requerendo e declarando, respectivamente

*“Sala de reuniões e treinamento na UBS” (A7) e*

*“As reuniões semanais com toda a equipe, muitas vezes, não são possíveis, pois o tempo é curto, já que o número de atendimentos é muito grande (ribeirinhos)” (A9).*

Tais unidades de registro revelam a necessidade dos gestores municipais, autoridades sanitárias e gerentes das unidades de saúde zelar para o cumprimento da educação permanente, conforme previsto no PNAB (anexo II).

As ações dirigidas a grupos relatadas como ações não desenvolvidas que poderiam significar melhoria no atendimento à saúde contemplaram

*“Terapia de grupos necessitados de informações de saúde” (A14).*

As dinâmicas de grupo representam ganho de produtividade na educação em saúde, com a melhoria do relacionamento entre os membros do grupo. Exigem preparo do enfermeiro ou profissional que irá facilitar o grupo. O processo de trabalho grupal é iniciado com a apresentação dos membros, seguido da definição de objetivos e da seleção da estratégia de trabalho. Nas dinâmicas de grupo, todos os membros do grupo se nivelam, deixando de lado a verticalidade hierárquica, trabalhando no grupo horizontalmente com todas as potencialidades. A educação em saúde desenvolvida em grupos favorece a participação social, a solidariedade e a cooperação, como espaço de construção da cidadania.

### Região Nordeste – Piauí

A Região Nordeste – Piauí registrou a presença de quatro das onze categorias temáticas das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, mas que, na opinião dos sujeitos, poderiam fazer a diferença no dia-a-dia profissional, conforme categorizadas no quadro 9.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Adoção das terapias naturais	B1	34	Ações assistenciais nos programas de saúde
Fazer acontecer na prática as normas do MS	B1		
Trabalhar questões relacionadas à saúde do homem	B3 B2		
Desenvolver atividades voltadas ao adolescente - atendimento	B3 B11 B15		
Desenvolver atividades relacionadas à saúde mental - psiquiatria	B3 B15 B4		
Saúde do trabalhador atendimento direcionado ao horário de trabalho	B3 B13 B14 B4		
Campanha sobre planejamento familiar e gravidez na adolescência	B4		
Campanha sobre a importância do exame de prevenção e câncer de próstata	B4		
Puericultura – atendimento qualificado	B5 B10 B11		
Prescrição de medicamentos de rotina na atenção básica	B5		
Solicitação de exames de rotina na atenção básica	B5		
Planejamento familiar	B5		
Acompanhamento geriátrico	B5		
Coleta de material para citologia oncológica	B11		
Imunização (não tenho sala de vacina no PSF)	B11 B2		
Violência: família, drogas, tabagismo, alcoolismo	B11 B15		
Assistência à saúde da criança e do adolescente	B12		
Assistência à saúde do idoso	B12 B13		
Assistência à saúde da mulher	B12		
Sensibilizar membros da equipe para o preventivo e não o curativo	B14		
Assistência no climatério	B2		
Mais capacitações para equipes	B1	03	Ações de educação permanente
Valorização profissional	B1		
Saúde e geração de renda da equipe	B15		
Gestores com conhecimento na área	B1	03	Ações administrativas
Pactuação de horário de trabalho da equipe	B2		
Dividir responsabilidades com instituições existentes na área	B14		
Formar um conselho local de saúde	B09	01	Participação e controle social

QUADRO 9 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ  
 FONTE: A Autora (2009)

As ações assistenciais nos programas de saúde registradas como não desenvolvidas somaram trinta e quatro frequências de aparição, revelando a necessidade dos sujeitos da pesquisa na implementação da assistência. Revendo as ações desenvolvidas registradas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Nordeste – Piauí, observa-se que as ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática predominante, manifestando que o cotidiano de trabalho dos sujeitos da pesquisa contempla a assistência de forma significativa, quando comparada as ações contidas nas demais categorias temáticas.



As unidades de registro que compuseram a categoria temática das ações assistenciais referiram programas específicos de saúde e temas a serem trabalhados nos programas já existentes. Vale destacar que nesta categoria surgiu a *“prescrição de medicamentos”* e a *“solicitação de exames de rotina”* por enfermeiros como ação não desenvolvida que poderia fazer a diferença para o melhor atendimento à saúde da população. Para as duas ações citadas, há respaldo legal, tanto pela PNAB (anexo II), quanto pela legislação profissional (BRASIL, 2000).

As ações de educação permanente surgiram como a segunda categoria temática das ações não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí, somando três frequências de aparição, cujo conteúdo das unidades de registro buscou reforçar a necessidade da educação permanente já existente, requerendo *“mais capacitações”*, *“valorização profissional”* e o tema de *“saúde e geração de renda da equipe”*. Estas unidades de registro contêm expressões condizentes com a formação para a cidadania, prevista na PNAB (anexo II). A vulnerabilidade do indivíduo e da família está associada a sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda do País. Sendo assim, as políticas inclusivas de geração ou complementação de renda familiar e de serviços comunitários de apoio psicossocial e cultural, dirigidas a grupos vulneráveis, são geradoras de saúde, uma vez que estão diretamente relacionadas a melhoria das condições e qualidade de vida.

As ações administrativas não desenvolvidas pontuadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí abordaram a divisão de responsabilidades institucionais, a necessidade de gestores com conhecimento na área da saúde e a pactuação de horário de trabalho da equipe. Destaca-se que todos os aspectos pontuados na questão estão, direta ou indiretamente, previstos na PNAB (anexo II); no entanto, os princípios, diretrizes e normas existentes exigem a adequação das práticas e a avaliação das condutas administrativas, objetivando a harmonização do agir com a normatização que prevê a participação coletiva e o controle social.

Assim, como unidade de registro diferenciada, constituindo a categoria de participação coletiva e controle social, constou nos dados coletados entre os sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí

*“Formar um conselho de saúde” (B09).*

Tal unidade de registro concede indicativo da inexistência de conselho municipal de saúde, enunciando o descumprimento da previsão legal de controle social do SUS e a consciência política do sujeito da pesquisa. Os conselhos de saúde asseguram o direito de participação de todos os segmentos da saúde: gestores, profissionais e usuários, com critério de composição paritária, com poder consultivo e deliberativo. Desse modo, constituem a instância de plena autonomia na busca de soluções para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos, famílias, grupos, comunidades e populações.

### Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

A Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul registrou a presença de oito das onze categorias temáticas das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, mas que, na opinião dos sujeitos, poderiam fazer a diferença no dia-a-dia profissional, conforme categorizadas no quadro 10.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Melhoria na realização de exames	C2	17	Ações assistenciais nos programas de saúde
Espaço integrado hospital/comunidade	C2		
Prescrição da assistência de enfermagem	C4		
Participação no planejamento e avaliação dos programas de saúde	C4		
Sistematizar a assistência de enfermagem a todos os programas	C5		
Integrar ações de saúde do adolescente e as escolas	C5		
Ações voltadas aos adolescentes	C6		
Ações voltadas para os homens	C6		
Otimizar o retorno do usuário nas situações sociais	C7		
Implantar um posto de coleta de exames laboratoriais volante na unidade de saúde da família (otimizar a realização de exames)	C7		
Captação de apoio financeiro para realizar projetos como: multimistura, campanha pólio (algodão doce, balas, etc.) aumentaria a demanda	C8		
Solicitar exames laboratoriais referentes aos programas ministeriais – hiperdia, suplemento de ferro e outros com apoio dos demais profissionais	C10		
Ações semanais com grupo de idosos	C11		
Realizar atividades físicas com os grupos de atendimento	C11		
Melhorar a atuação do enfermeiro em todos os programas	C12		
Melhorar na atuação do enfermeiro junto a adolescente	C12		
Orientações pós-consulta	C15		
Existência e obediência às normas e rotinas da unidade	C1	10	Ações administrativas
Passagem de plantão para enfermeiro responsável do setor	C3		
Falta maior infra-estrutura da instituição	C3		
Implantar um enfermeiro RT por UBS	C5		
Desmembrar a responsabilidade do enfermeiro PACS/UBS	C5		
Autonomia nas decisões referentes a enfermagem	C5		
Reservar a atuação do enfermeiro do PACS na área de abrangência	C12		
Autonomia do enfermeiro pertinente às ações do PACS	C12		
Atender um número menor de famílias	C13		
Ter maior resolutividade	C13		
Ações voltadas para as escolas	C6	05	Ações de educação em saúde
Capacitação de adolescentes	C5		
Local de estudo para a comunidade na UBS	C9		
Educação em saúde ocupacional	C15		
Palestras e orientações	C15		
Promoção de educação continuada	C1	05	Ações de educação permanente
Maior mão de obra qualificada	C2		
Incentivo ao aprimoramento dos profissionais	C2		
Educação continuada/treinamento	C3		
Mais cursos para profissionais do interior e ACS	C8		
Reconhecimento da equipe multiprofissional no real sentido da Unidade 24 horas	C1	03	Ações integradas da equipe multiprofissional
Equipe multiprofissional para todos os pacientes	C2		
Acompanhamento de outros profissionais na equipe	C7		
Participação da comunidade nas reuniões da UBS	C9	03	Ações comunitárias
Ter mais tempo para trabalhar com a comunidade	C13		
Poder trabalhar com a comunidade dentro da UBS	C13		
Melhoria no processo de humanização da instituição	C1	02	Ações dirigidas ao humano
Empatia no atendimento	C15		
Consulta de enfermagem	C4 C15	02	Consulta de Enfermagem

QUADRO 10 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL

FONTE: A Autora (2009)

Comparativamente, os sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentaram maior registro de ações não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença no cotidiano profissional, tanto no total das frequências de aparição, quanto no número de diferentes unidades de registro.

As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática com maior frequência de aparição, abordando ações inseridas em programas de saúde já estabelecidos, como: saúde do idoso, do adolescente e do homem; bem como, pretendendo

*“Melhorar a atuação do enfermeiro em todos os programas” (C12).*

Nesta categoria, as unidades de registro

*“Prescrição da assistência de enfermagem” (C4),*

*“Sistematizar a assistência de enfermagem em todos os programas” (C5),*

*“Participação no planejamento e na avaliação dos programas de saúde” (C4), e*

*“Solicitar exames laboratoriais referentes aos programas ministeriais” (C10)*

contemplaram atribuições previstas legalmente na regulamentação profissional da enfermagem (BRASIL, 2000) e na PNAB (anexo II); sendo que, as duas primeiras correspondem a atribuições privativas do enfermeiro, não dependendo de nenhuma normatização ou determinação adicional para as suas realizações. Trata-se essencialmente da autonomia do enfermeiro legalmente prevista, cabendo a ele a decisão de exercê-la a contento. As duas últimas unidades de registro acima listadas constituem atribuições do enfermeiro legalmente previstas como atividades compartilhadas entre os integrantes da equipe de saúde. Portanto, é preciso que o enfermeiro manifeste a iniciativa de participação e cumpra legalmente os protocolos estabelecidos.

As ações administrativas não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul incluíram a observância a normas e rotinas, estrutura organizacional, autonomia e resolutividade. Destaca-se que a unidade de registro

*“Passagem de plantão para enfermeiro responsável do setor” (C3)*

contemplou atribuição privativa do enfermeiro, referente à organização do serviço de enfermagem, prevista na legislação profissional. Portanto, cabe ao enfermeiro, junto à equipe de enfermagem, instituir ações que contribuam para o melhor funcionamento dos serviços de enfermagem.

Os sujeitos da pesquisa registraram atividades não desenvolvidas categorizadas como ações de educação em saúde, das quais as

*“Ações voltadas para as escolas” (C6)*

reforçaram a relevância da parceria entre saúde e educação na efetivação da saúde escolar e

*“Local de estudo para a comunidade na UBS” (C9)*

revela a sensibilidade do sujeito da pesquisa em reconhecer a possibilidade da utilização de espaços nas instituições de saúde no desenvolvimento da educação popular em saúde, cumprindo um dos princípios gerais da estratégia de saúde da família que consiste em ser espaço de construção da cidadania.

As ações de educação permanente constituíram quatro unidades de registro distintas, enfatizando a necessidade de implementar efetivamente a educação continuada, com o objetivo de cumprir o previsto na PNAB (anexo II). De acordo com a PNAB, a educação permanente é responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes. Nos municípios com população superior a 100 mil habitantes, a ordem da responsabilidade inverte, sendo responsabilidade do município, podendo haver parceria com a Secretaria Estadual de Saúde.

A educação permanente é parte integrante da atenção à saúde, consistindo atribuição comum a todos os profissionais envolvidos participar das atividades de educação permanente. Aos enfermeiros da ABS, além da participação na sua própria educação permanente, cabe supervisionar, coordenar e realizar as atividades da educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.

As ações integradas da equipe multiprofissional como atividades não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença na melhoria do dia-a-dia profissional, na opinião dos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, contemplaram a necessidade de

*“Equipe multiprofissional para todos os pacientes” (C2),*

a garantia do

*“Acompanhamento de outros profissionais na equipe” (C7) e o*

*“Reconhecimento da equipe multiprofissional no real sentido da Unidade 24 horas” (C1).*

A PNAB (anexo II) estabelece que a atenção básica à saúde aconteça mediante a atuação das equipes de saúde, cujos integrantes participam no planejamento, na implementação e na avaliação das ações de saúde.

Na seqüência, entre os sujeitos da pesquisa na região geográfica em referência, as ações dirigidas ao humano surgiram como categoria temática distinta, contemplando atividades não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença, destacando:

*“Melhoria no processo de humanização da instituição” (C1) e*

*“Empatia no atendimento” C15).*

Desenvolver ações dirigidas ao humano exige que o executor das ações reconheça a si mesmo como ser humano. Refletir a essência humana da enfermagem no dia-a-dia requer dos profissionais de enfermagem o reconhecimento e aceitação de si mesmo como pessoa, atentos aos seus próprios valores, crenças e atitudes. Somente aquele que se reconhece e se aceita como ser humano pode estabelecer relações humanizadas, reconhecendo e aceitando o outro na totalidade das suas limitações e potencialidades. O processo de humanização na assistência à saúde não abrange somente a relação dos profissionais de saúde com os usuários; antes porém, depende diretamente do respeito, da aceitação e da harmonia entre os integrantes da equipe de trabalho. Portanto, pensar na melhoria do processo de humanização da instituição exige a prática das relações humanas entre os profissionais de enfermagem/saúde.

Como última categoria temática das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa na Região Centro-oeste surgiu a consulta de enfermagem, reforçando que, apesar de constituir atribuição privativa do enfermeiro e atribuição específica do enfermeiro que atua na ABS, esta ainda não está presente na realidade de trabalho dos sujeitos desta pesquisa. Este aspecto deve servir de alerta para todos os enfermeiros brasileiros, considerando que atividade profissional privativa é de responsabilidade exclusiva do profissional correspondente.

### Região Sudeste – Espírito Santo

A Região Sudeste – Espírito Santo registrou a presença de sete das onze categorias temáticas das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, mas que, na opinião dos sujeitos, poderiam fazer a diferença no dia-a-dia profissional, conforme categorizadas no quadro 11.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Atendimento noturno (saúde do trabalhador)	D2	21	Ações assistenciais nos programas de saúde
Acolhimento precoce da gestante	D2		
Realização de práticas corporais com a população	D3		
Educação física	D4		
Saúde do homem	D6		
Avaliação de exames de rotina	D7 D13 D14		
Trabalhos com alcoolatras	D8		
Trabalhos com usuários de drogas	D8		
Atividade física com idosos	D8D9		
Programa de ginástica (para hipertensos e diabéticos)	D9		
Programa para idosos com terapia ocupacional	D9		
Programa direcionado aos alcoolistas com tratamento e terapia ocupacional	D9		
Programa sobre drogas ilícitas com terapia e resolutividade	D9		
Ações mensais de planejamento familiar	D11		
Medida do IMC de todos os diabéticos	D11		
Deteção precoce do câncer de próstata	D11		
Acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas	D11		
Deteção precoce de demências nos idosos	D11		
Encontros mensais com o tema "motivação"	D2	03	Ações de educação permanente
Capacitação de cuidadores de idosos	D4		
Educação permanente (constante) para todos os funcionários da UBS	D9		
Palestras e reuniões com a comunidade trimestral	D2	02	Ações comunitárias
Mudar a visão da população quanto ao PSF	D6		
Trabalhos com grupos em saúde mental	D3	02	Ações dirigidas a grupos
Formação de grupos de adolescentes	D6		
Desenvolver ações educativas referente a alimentação e hábitos de vida para hipertensos e diabéticos de 2 em 2 meses	D3	01	Ações de educação em saúde
Dedicar mais o meu tempo em visitas domiciliares na área	D2	01	Ações domiciliares
Trabalhar junto co psicólogos e assistentes sociais voltados para usuários de drogas e álcool	D3	01	Ações integradas da equipe multiprofissional

**QUADRO 11 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO**

FONTE: A Autora (2009)

As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática de maior frequência de aparição. Nas ações presentes nas unidades de registro, predominaram ações de natureza preventiva, como: condicionamento físico, diagnóstico precoce e terapia ocupacional. As áreas contempladas foram relativas a saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde do homem e controle da diabetes mellitus e da hipertensão. As ações de natureza curativa incluíram o atendimento a dependentes de substâncias psicoativas hipertensos, diabéticos, idosos demenciados e portadores do câncer de próstata.



As ações de educação permanente apontadas como não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo enfatizaram a constância dessas ações, objetivando a capacitação dos integrantes da equipe de saúde e a abordagem de temas que confirmem favoravelmente a ‘motivação’ dos mesmos.

As ações comunitárias incluídas nas unidades de registro dos sujeitos da pesquisa destacaram a realização de palestras e reuniões nas comunidades, com ações que transmitam os princípios fundamentais da estratégia saúde da família aos usuários.

As ações dirigidas a grupos registradas como não desenvolvidas especificaram grupos de adolescentes e em saúde mental. A mesma especificação surgiu na categoria temática das ações de educação em saúde não desenvolvidas, mediante unidade de registro relatando a necessidade da educação em saúde para hipertensos e diabéticos.

A unidade de registro que constitui ações domiciliares não desenvolvidas surgiu com o significado de um anseio do respectivo sujeito da pesquisa, mediante a seguinte declaração:

*“Dedicar mais o meu tempo em visitas domiciliares na área” (D2).*

Considerando que, na análise das ações desenvolvidas entre os sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo, esta região geográfica apresentou o valor máximo de frequência de aparição e congruência das ações domiciliares e comunitárias, o registro da intenção do sujeito da pesquisa de dedicar mais tempo para as visitas domiciliares confirmou que, comparativamente, os enfermeiros participantes da pesquisa desta região geográfica foram os que mais evidenciaram ações congruentes com a finalidade da ABS.

Nas ações integradas da equipe multiprofissional não desenvolvidas, os sujeitos da pesquisa da Região Sudeste – Espírito Santo destacaram a necessidade de

*“Trabalhar junto co psicólogos e assistentes sociais voltados para usuários de drogas e álcool” (D3).*

### Região Sul – Paraná

A Região Sul – Paraná registrou a presença de cinco das onze categorias temáticas das ações não desenvolvidas pelos enfermeiros participantes da pesquisa, mas que, na opinião dos sujeitos, poderiam fazer a diferença no dia-a-dia profissional, conforme categorizadas no quadro 12

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Participar de alguma maneira de um projeto de saúde mental do município, não somente o proposto pelo PSF, mas que abrangesse as crianças, idosos, mulheres e homens adultos	E1	07	Ações assistenciais nos programas de saúde
Solicitar exames laboratoriais de rotina	E3		
Ler e entregar os resultados	E3		
Prescrição de medicamentos de rotina/protocolados	E3		
Triagem dos pacientes para consulta	E3		
Autonomia para suspender medicação frente a efeitos colaterais	E3		
Ter mais tempo disponível para atender os programas	E9		
Capacitação ao pessoal de enfermagem na urgência/emergência	E2	03	Ações de educação permanente
Atividade de integração e aprimoramento profissional	E7		
Capacitação da equipe "falta tempo"	E9		
Mais tempo para fazer promoção à saúde e prevenção de doenças	E9	02	Ações de educação em saúde
Palestras de prevenção da gravidez	E8		
Fazer mais reuniões de equipe	E9	01	Ações integradas da equipe multiprofissional
Consulta de Enfermagem	E2	01	Consulta de enfermagem

QUADRO 12 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – REGIÃO SUL - PARANÁ

FONTE: A Autora (2009)

Nesta região geográfica, as ações assistenciais nos programas de saúde também representaram a categoria temática de ações não desenvolvidas de maior frequência de aparição, contemplando a saúde mental com maior abrangência, maior dedicação aos programas de saúde, prescrição de medicamentos e solicitação de exames de rotina.

As unidades de registro categorizadas como ações de educação permanente não desenvolvidas destacaram a capacitação para atuação em situações de urgência e emergência, mais tempo para a capacitação e atividades de integração da equipe.

As ações de educação em saúde não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, reconhecidas como podendo fazer a diferença no dia-a-dia profissional, enfatizaram a promoção à saúde e prevenção de doenças.

A necessidade de realizar maior número de reuniões com a equipe de saúde constituiu as ações não desenvolvidas categorizadas como ações integradas da equipe multiprofissional.

Como última categoria temática surgiu a consulta de enfermagem, cuja análise corresponde às considerações legais já efetuadas em itens equivalentes nesta pesquisa.

### Âmbito nacional

As ações não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa em âmbito nacional foram sintetizadas no quadro 13, registrando a frequência de aparição de cada categoria temática presente nas diferentes regiões geográficas brasileiras.

<b>Região Norte – Amazonas</b>	<b>Região Nordeste – Piauí</b>	<b>Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul</b>	<b>Região Sudeste – Espírito Santo</b>	<b>Região Sul – Paraná</b>
Ações assistenciais nos programas de saúde (10)	Ações assistenciais nos programas de saúde (34)	Ações assistenciais nos programas de saúde (17)	Ações assistenciais nos programas de saúde (21)	Ações assistenciais nos programas de saúde (07)
Ações integradas da equipe multiprofissional (06)	-	Ações integradas da equipe multiprofissional (03)	Ações integradas da equipe multiprofissional (01)	Ações integradas da equipe multiprofissional (01)
Ações administrativas (05)	Ações administrativas (03)	Ações administrativas (10)	-	-
Ações de educação em saúde (03)	-	Ações de educação em saúde (05)	Ações de educação em saúde (01)	Ações de educação em saúde (02)
Ações de educação permanente (02)	Ações de educação permanente (03)	Ações de educação permanente (05)	Ações de educação permanente (03)	Ações de educação permanente (03)
Ações dirigidas a grupos (01)	-	-	Ações dirigidas a grupos (02)	-
-	-	Ações comunitárias (03)	Ações comunitárias (02)	-
-	-	Ações dirigidas ao humano (02)	-	-
-	-	Consulta de enfermagem (02)	-	Consulta de enfermagem (01)
-	Participação e controle social (01)	-	-	-
-	-	-	Ações domiciliares (01)	-

**QUADRO 13 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DAS AÇÕES NÃO DESENVOLVIDAS PELOS SUJEITOS DA PESQUISA – ÂMBITO NACIONAL**

FONTE: A Autora (2009)

Contempladas em todas as regiões geográficas, as ações assistenciais nos programas de saúde constituíram a categoria temática de maior frequência de aparição acumulada, repetindo dado correspondente nas ações desenvolvidas. A frequência de aparição máxima de trinta e quatro surgiu na Região Nordeste – Piauí e a mínima de sete na Região Sul – Paraná, acumulando, nacionalmente, oitenta e nove frequências de aparição.

As ações integradas da equipe multiprofissional totalizaram onze frequências de aparições, tendo sido registradas em quatro regiões pesquisadas. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na Região Norte - Amazonas, com seis aparições, e o valor mínimo surgiu nas Regiões Sudeste – Espírito Santo e Sul - Paraná, com uma aparição. A proposta de realização da ABS é de que esta se efetue através das atividades desenvolvidas da equipe multiprofissional. Nesta categoria temática de ações não desenvolvidas a

necessidade da participação de psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e profissionais da educação física foi registrada para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e trabalho em grupos.

As ações administrativas foram registradas nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul. . O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com dez aparições, e o valor mínimo surgiu na Região Nordeste – Piauí, com três aparições. Nacionalmente, as ações administrativas totalizaram dezoito frequências de aparição. Nas ações administrativas desenvolvidas, a Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentou maior valor de frequência de aparição. Ao apresentar igual resultado nas ações não desenvolvidas, há indicativo para concluir que, na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, as ações administrativas representam aspecto significativo nas atribuições dos enfermeiros que atuam na ABS.

As ações de educação em saúde foram contempladas nas Regiões Norte – Amazonas, Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, Sudeste – Espírito Santo e Sul – Paraná, totalizando onze aparições no âmbito nacional. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com cinco aparições, e o valor mínimo surgiu na Região Sudeste – Espírito Santo, com uma aparição.

As ações de educação permanente foram representadas em todas as regiões geográficas pesquisadas, somando dezesseis frequências de aparição no âmbito nacional. Os sujeitos da pesquisa da Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul registraram maior frequência de aparição, totalizando cinco registros. Na Região Norte – Amazonas foi registrada a frequência de aparição de valor mínimo, com duas aparições.

A categoria temática das ações dirigidas a grupos registrou três aparições, com presença nas Regiões Norte – Amazonas e Sudeste – Espírito Santo. A Região Sudeste – Espírito Santo foi a região que apresentou maior valor de frequência de aparição, com duas aparições. Este aspecto, somado ao resultado obtido nas categorias de ações domiciliares e comunitárias desenvolvidas e não desenvolvidas, revela que os enfermeiros participantes da pesquisa na Região

Sudeste – Espírito Santo registraram ações mais próximas da finalidade essencial da ABS. Na Região Norte – Amazonas foi registrada uma frequência de aparição.

A categoria temática das ações comunitárias teve cinco aparições, registradas nas Regiões Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sudeste – Espírito Santo. A Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentou maior valor de frequência de aparição, com três aparições. A Região Sudeste – Espírito Santo registrou duas frequências de aparição.

Entre as categorias não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa, a categoria temática das ações dirigidas ao humano surgiu somente na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com duas frequências de aparição. Tal fato demonstra que, entre os enfermeiros pesquisados nesta região, a humanização ainda é reconhecida como necessidade e processo que faz a diferença no cotidiano profissional.

A consulta de enfermagem foi registrada como categoria temática de ações não desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa nas Regiões Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sul – Paraná, somando três frequências de aparição.

As ações domiciliares não desenvolvidas surgiram na Região Sudeste – Espírito Santo com uma frequência de aparição, constituindo anseio do sujeito da pesquisa, conforme registrado na análise regional.

A categoria temática da participação e controle social constitui categoria presente somente entre as ações não desenvolvidas, presente com uma frequência de aparição, na Região Nordeste – Piauí.

### **Possível modo de participação na proposição de políticas públicas de saúde**

Comparativamente, esta questão foi a que apresentou menor número de unidades de registro e freqüências de aparição. No entanto, a abordagem qualitativa na pesquisa permite a busca e a manifestação de significados das relações sociais, presente nas ações, relações e estruturas sociais, mediante a fala de um único sujeito da pesquisa com uma única unidade de registro. Tal aspecto da pesquisa qualitativa foi referenciado por Sartre (1978, p. 177) ao destacar que o método dialético nas pesquisas sociais, *“recusa-se a reduzir. Ele ultrapassa conservando”*. A compreensão da realidade humana vivida socialmente constitui tarefa das pesquisas qualitativas de natureza social.

O tratamento metodológico seguiu a mesma linha de conduta das questões anteriores, com a transcrição das unidades de registro, leitura cuidadosa do conteúdo textual e inferência da pesquisadora para a categorização das mesmas.

#### **Região Norte – Amazonas**

As unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte - Amazonas, contendo ações relacionadas a possíveis modos de participação na proposição das políticas públicas de saúde, foram sistematizadas em cinco categorias distintas, conforme constam no quadro 14, a saber: oferta de serviços públicos, atuação técnica dos enfermeiros, capacitação em políticas públicas, controle social e participação coletiva.

<b>Ações</b>	<b>Presença</b>	<b>Frequência</b>	<b>Categoria</b>
Serviço de Urgência e Emergência	A4 A3 A5	03	Serviços públicos
Coordenação das equipes para o PSF	A2 A10	02	Atuação técnica
Capacitação dos gestores e conselheiros de saúde Capacitação dos ACS para a participação coletiva	A1 A9 A12 A14	04	Capacitação em políticas públicas
Participação no Conselho Municipal de Saúde	A6 A7 A8 A9 A15	05	Controle social
Informação à população sobre o funcionamento do PSF	A6 A15 A5	03	Participação coletiva

**QUADRO 14 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORTE – AMAZONAS**

FONTE: A Autora (2009)

As ações relacionadas ao controle social constituíram a categoria de maior frequência de aparição, seguidas pela categoria que reuniu as ações de capacitação em políticas públicas de saúde. Este resultado revela que os enfermeiros participantes da pesquisa apresentam ações de participação na proposição das políticas públicas de saúde, convergentes com o estabelecido na Lei nº. 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A unidade de registro *“Participação no Conselho Municipal de Saúde”* foi a unidade que apresentou maior frequência de aparição, indicando que os Conselhos Municipais de Saúde constituem a instância essencial, prioritária e relevante no cumprimento do princípio do SUS relativo à participação da comunidade. Vale destacar que, cabe a cada município estabelecer o seu Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado de natureza consultiva e deliberativa que, na perspectiva do controle social, permite aos usuários da saúde interferir na gestão da saúde, na proposição de ações e serviços de interesses da comunidade, no acompanhamento das ações contidas no Plano Municipal de Saúde e na fiscalização da utilização dos recursos.

A representatividade nos Conselhos Municipais de Saúde tem como premissa básica a paridade do número de representantes dos usuários, em relação aos demais segmentos. Isso permite que do total de conselheiros municipais de saúde, 50% é constituído por representantes dos usuários e os outros 50% contém representantes do governo, dos profissionais da saúde e das instituições públicas ou privadas prestadoras dos serviços de saúde. Cada cidadão é usuário do SUS; porém devem representar os usuários aquelas pessoas não ligadas, direta ou indiretamente, a qualquer dos demais segmentos.

O resultado obtido entre os sujeitos da pesquisa revela que a atuação efetiva dos conselheiros de saúde exige a capacitação dos mesmos em políticas públicas e o conhecimento das suas atribuições no controle social do SUS; bem como, dos ACS como integrantes da equipe de saúde, conscientes da sua participação coletiva nas ações e nos serviços de saúde.

A participação coletiva constituiu categoria de ações que asseguram a atuação na proposição de políticas públicas, contemplando a unidade de registro



*“Informação à população sobre o funcionamento do PSF”*, com três frequências de aparição. Conhecer o SUS, a PNAB, as áreas estratégicas da saúde, a dinâmica dos serviços e das ações de saúde disponíveis à população é ponto de partida para a participação social. Portanto, é imprescindível que todos os profissionais da saúde conheçam plenamente o SUS e o incluam diariamente no diálogo estabelecido com os usuários da saúde.

A oferta de serviços públicos e a atuação técnica dos enfermeiros constituíram as duas outras categorias das ações de participação na proposição de políticas públicas de saúde.

### Região Nordeste – Piauí

As unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste - Piauí, reunidas no quadro 15, contendo ações relacionadas a possíveis modos de participação na proposição das políticas públicas de saúde foram, igualmente, sistematizadas em cinco categorias distintas, relacionadas a: oferta de serviços públicos, atuação técnica dos enfermeiros, capacitação em políticas públicas, controle social e participação coletiva.

Ações	Presença	Frequência	Categoria
Conheço a realidade socioeconômica e problemas de saúde pública da minha área de atuação Disponibilização de água tratada Coleta de lixo Serviço de esgoto Construção de áreas de lazer Melhorar acesso aos serviços de saúde Conhecer a realidade local	B4 B5 B5 B5 B5 B5 B1	07	Serviços públicos
Gostaria de opinar sobre algum propósito de políticas públicas Participante enquanto sujeito do processo Considerar o ponto de vista técnico Melhor interação com melhores resultados Avaliação dos resultados dos trabalhos desenvolvidos na UBS	B2 B1 B1 B1 B6	05	Atuação técnica
Capacitação dos gestores e conselheiros de saúde Atualização através de leituras Participação em cursos de aperfeiçoamento Prática da educação continuada	B1 B6 B6 B14	04	Capacitação em políticas públicas
Atuação no Conselho Municipal de Saúde Conferências municipais Reuniões para planejamento de ações preventivas, etc.	B6 B7 B9 B14 B15 B8	06	Controle social
Estímulo à comunidade a buscar os órgãos de classe para se organizarem Associação de moradores Identificar grupos na própria comunidade para geração de renda Agregando – prevenção à saúde e parcerias com outras instituições	B6 B15 B15 B15	04	Participação coletiva

QUADRO 15 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ

FONTE: A Autora (2009)

Nesta região geográfica a categoria que reuniu ações relativas à oferta de serviços públicos constituiu a categoria de maior frequência de aparição. Tal aspecto evidencia a consciência dos sujeitos da pesquisa quanto ao encaminhamento de propostas de ações e serviços de saúde de interesse da população como forma de participação nas políticas públicas de saúde. Os serviços referendados pelos enfermeiros participantes nas suas unidades de registro revelaram o conceito universal de saúde dos mesmos, como direito social que tem como fatores determinantes e condicionantes o saneamento básico, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, a alimentação e o acesso aos bens e serviços essenciais.

O controle social constituiu a segunda categoria por ordem decrescente das frequências de aparição, destacando a realização de reuniões de planejamento das ações de saúde e a atuação nos Conselhos e Conferências Municipais de Saúde.

A terceira categorias das ações de participação na proposição de políticas públicas registradas pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí reuniu ações relacionadas com a atuação técnica dos enfermeiros, manifestando interesse em opinar nas políticas públicas, avaliar e buscar melhores resultados em saúde, ser participante ativo do processo de proposição e “*considerar o ponto de vista técnico*” na definição das políticas públicas de saúde.

A participação coletiva e a capacitação em políticas públicas constituíram as duas outras categorias das unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa nesta Região, com igual valor de frequências de aparição. Referente à capacitação em políticas públicas, esta categoria contemplou a capacitação de gestores e conselheiros e o reconhecimento da atualização através de leituras; bem como, a participação em cursos de aperfeiçoamento profissional. Na participação coletiva, foi destacada a participação em órgãos de classe, associação de moradores, programas de geração de renda e parcerias institucionais no desenvolvimento de ações preventivas.

## Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

As unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e sintetizadas no quadro 16, contendo ações relacionadas a possíveis modos de participação na proposição das políticas públicas de saúde constituíram quatro categorias distintas, relacionadas a: atuação técnica dos enfermeiros, capacitação em políticas públicas, controle social e participação coletiva.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Participar na elaboração, execução e avaliação das ações de saúde Participar da elaboração dos protocolos de serviço Colaborar diretamente no atendimento aos clientes em todas as instâncias da atenção No planejamento das ações de saúde Participar com <i>feedback</i> nos programas já existentes Referência e contra-referência Ações informais junto à secretaria Prevenção de doenças Campanhas	C4 C4 C4 C6 C6 C7 C7 C8 C8	09	Atuação técnica
Conselho Municipal de Saúde Conferência de saúde Assembleias, reuniões da categoria para constituir propostas para o Conselho Disponibilizar para esta comissão os casos de internação que são feitas e que poderiam ser tratados nos postos de saúde com a prevenção Comprovar que o que importa é qualidade e não quantidade Relatar problemas hospitalares que refletem na UBS Pactuação das ações e programas do município Normalizar a prescrição de enfermagem e Tb para o bem do paciente necessitado de afastamento e não podemos dar atestado de afastamento Criar número de vagas por unidade regional às especialidades Limitar o número de atendimentos diários por profissional enfermeiro	C5 C10 C5 C5 C2  C13 C8 C7 C10 C10  C10 C10	12	Controle social
Reuniões mensais dos enfermeiros da rede para tratar de políticas públicas Humanização/cliente e funcionários no HumanizaSUS	C5 C8	02	Capacitação em políticas públicas
Batalhar por isonomia salarial Criar o PCCS para os funcionários da saúde Fórum dos Trabalhadores de Saúde Reduzir a carga horária semanal dos enfermeiros	C10 C13 C5 C10	04	Participação coletiva

**QUADRO 16 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL**

FONTE: A Autora (2009)

A categoria com maior número de frequências de aparição foi a categoria que reuniu ações relacionadas com o controle social em saúde. As unidades de registro dos sujeitos da pesquisa apresentaram proposições a serem encaminhadas ao Conselho Municipal de Saúde, tendo tido maior destaque para a atuação em reuniões, assembleias, colegiado do conselho e das conferências de saúde para a pactuação das ações e dos programas de saúde dos municípios.

A segunda categoria reuniu as ações relativas à atuação técnica dos enfermeiros como ponto de participação na proposição de políticas públicas,

mediante efetiva atuação no planejamento das ações e serviços de saúde de interesse da população, na formulação de protocolos de saúde, nos programas de prevenção a doenças e em campanhas de promoção à saúde e prevenção de agravos.

A participação coletiva foi a terceira categoria que reuniu as unidades de registro dos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, contendo modos de participação na proposição de políticas públicas. O conteúdo dessa categoria contemplou ações de natureza trabalhista, quanto a carga horária de trabalho, isonomia salarial e plano de carreira, cargos e salários. Este resultado evidenciou a consciência política dos sujeitos da pesquisa nesta Região, considerando que a Lei nº. 8.142/90, no art. 4º, inciso VI, estabelece como uma das condições para os Municípios, Estados e o Distrito Federal receberem os recursos do Fundo Nacional de Saúde que cobre o custo das ações e dos serviços de saúde a serem implementados a efetiva atuação de comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Quando enfermeiros se mobilizam para o cumprimento da norma legal citada, mais do que interesse trabalhista, tal mobilização constitui ato político que resulta na maior obtenção de recursos para a saúde da população.

Cabe ainda destacar que a Lei nº. 8.080/90, no art. 6º, § 3º, inciso VIII, assegura ao sindicato dos trabalhadores requerer ao órgão competente a interdição da máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores; bem como, no inciso II, ao profissional participar, no âmbito de competência do SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho. Portanto, zelar e requerer melhores condições de trabalho na saúde é direito do profissional de saúde, garantido na Lei Orgânica da Saúde, cabendo a ele conhecer e utilizar corretamente os caminhos e as normas legais que respaldam a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho.

Na categoria que reuniu as ações de capacitação em políticas públicas, os sujeitos da pesquisa destacaram *“Reuniões mensais dos enfermeiros da rede para*

*tratar de políticas públicas*” e a “Humanização/cliente e funcionários no HumanizaSUS”. Observa-se que mais uma vez o tema humanização surgiu nesta Região.

#### Região Sudeste – Espírito Santo

As unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo, contendo ações relacionadas a possíveis modos de participação na proposição das políticas públicas de saúde foram sistematizadas em duas categorias distintas, relacionadas a: capacitação em políticas públicas e controle social, conforme retratadas no quadro 17.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Comunicado através de correspondências (informação) Convite com antecedência para participar dos congressos	D7 D13 D13 D7	04	Capacitação em políticas públicas
Atuação no Conselho Municipal de Saúde Participação nas Conferências de saúde	D8 D2 D5 D8	04	Controle social

QUADRO 17 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO

FONTE: A Autora (2009)

Comparativamente, os enfermeiros participantes da pesquisa nesta Região compuseram o grupo de sujeitos com menor tempo de formação profissional e, proporcionalmente, atuação na atenção básica à saúde. A revelação de apenas duas categorias temáticas traduz o perfil do profissional em início de carreira, priorizando a capacitação em políticas públicas, através de informes e participação em eventos científicos; e, a consciência cidadã de atuação na proposição de políticas públicas de saúde, mediante as estratégias de controle social, asseguradas pelos Conselhos e Conferências de Saúde.

## Região Sul – Paraná

As unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa na Região Sul - Paraná, contendo ações relacionadas a possíveis modos de participação na proposição das políticas públicas de saúde foram sistematizadas em duas categorias distintas, relativas à atuação técnica dos enfermeiros e ao controle social, conforme apresentadas no quadro 18.

Ações Desenvolvidas	Presença	Frequência	Categoria
Reuniões de Conselhos de Saúde	E7	03	Controle social
Encontros a respeito do tripartite	E7		
Discussão para investir recursos destinados à epidemiologia	E8		
Opinar sobre decisões do nosso serviço	E9	06	Atuação técnica
Poder fazer junto os planejamentos da saúde	E9		
Proposta de funcionamento da UBS	E8		
Melhoria no atendimento	E8		
Discussão para investir recursos destinados à epidemiologia	E8		
Implementação de programas	E8		

QUADRO 18 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – REGIÃO SUL – PARANÁ

FONTE: A Autora (2009)

A atuação técnica constituiu a categoria de maior número de frequências de aparição, revelando o interesse de participação dos sujeitos da pesquisa no planejamento das ações e dos serviços de saúde e no zelo pela qualidade da atenção à saúde.

A participação na proposição das políticas públicas pelos sujeitos da pesquisa que apresentaram unidades de registro relacionadas com o controle social contemplou a atuação nos Conselhos de Saúde e a condução de discussões definidoras do destino de recursos financeiros para ações epidemiológicas.

### Âmbito nacional

Os modos de participação na proposição das políticas públicas registrados pelos sujeitos da pesquisa em âmbito nacional foram sintetizados no quadro 19, registrando a frequência de aparição de cada categoria temática presente nas diferentes regiões geográficas brasileiras.

<b>Região Norte – Amazonas</b>	<b>Região Nordeste – Piauí</b>	<b>Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul</b>	<b>Região Sudeste – Espírito Santo</b>	<b>Região Sul – Paraná</b>
Serviços públicos (03)	Serviços públicos (07)			
Atuação técnica (02)	Atuação técnica (05)	Atuação técnica (09)	-	Atuação técnica (06)
Capacitação em políticas públicas (04)	Capacitação em políticas públicas (04)	Capacitação em políticas públicas (02)	Capacitação em políticas públicas (04)	-
Controle social (05)	Controle social (06)	Controle social (12)	Controle social (04)	Controle social (03)
Participação coletiva (03)	Participação coletiva (04)	Participação coletiva (04)	-	-

QUADRO 19 – QUADRO DE ANÁLISE E CATEGORIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PROPOSIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – ÂMBITO NACIONAL  
FONTE: A Autora (2009)

Contemplado em todas as regiões geográficas, o controle social constituiu a categoria temática de maior frequência de aparição acumulada, refletindo a previsão de participação democrática no modelo de saúde brasileiro. A frequência de aparição máxima de doze surgiu na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e a mínima de três na Região Sul – Paraná, tendo acumulado, nacionalmente, trinta frequências de aparição.

A categoria temática da atuação técnica totalizou vinte e duas frequências de aparições, tendo sido registradas em quatro regiões pesquisadas. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com nove aparições, e o valor mínimo surgiu na Região Norte – Amazonas, com duas aparições.

As ações relacionadas à capacitação em políticas públicas como modo de participação na proposição das mesmas foram registradas nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí, Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sudeste – Espírito Santo. O valor mínimo de frequência de aparição foi registrado na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com duas aparições. As outras três Regiões



citadas tiveram igual o valor de frequência máxima de aparição, com quatro aparições por Região. Nacionalmente, a categoria temática da capacitação em políticas públicas totalizou quatorze frequências de aparição.

As ações relacionadas com a participação coletiva foram contempladas nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, totalizando onze aparições no âmbito nacional. O valor máximo de frequência de aparição foi registrado nas Regiões Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, com três aparições por Região, e o valor mínimo surgiu na Região Norte – Amazonas, com três aparições.

A categoria temática dos serviços públicos como forma de proposição de políticas públicas de saúde foi registrada nas Regiões Norte – Amazonas e Nordeste – Piauí, correspondendo a regiões geográficas nas quais a carência de ações e serviços de saúde é maior, devido a condições regionais sociais, culturais, econômicas e geográficas, entre outras. Nesta categoria a Região Nordeste – Piauí apresentou maior valor de frequência de aparição, com sete aparições. A Região Norte – Amazonas registrou três frequências de aparição, totalizando nesta categoria, nacionalmente, dez aparições.

### Conteúdos do currículo acadêmico que contribuem cotidianamente na atuação profissional na ABS

A análise de conteúdo das questões relativas aos conteúdos do currículo acadêmico seguiu a categorização de acordo com as áreas de conhecimento referidas nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, constituindo o procedimento classificatório por 'caixas' (BARDIN, 1994:119), por seguir categorias já pré-estabelecidas, assim apresentadas: ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais, ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem, ciências da enfermagem – assistência de enfermagem, ciências da enfermagem – administração de enfermagem e ciências da enfermagem – ensino de enfermagem.

#### Região Norte – Amazonas

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Bioestatística Fisiologia Patologia Epidemiologia Farmacologia em enfermagem Doenças infecto-parasitárias Guia de vigilância epidemiológica	A2 A2 A3 A3 A3 A4 A9 A11	08	Ciências biológicas e da saúde
Psicologia Antropologia em enfermagem Ética profissional Ética e bioética História do SUS Legislação do SUS	A1 A2 A4 A5 A7 A8 A10 A11	08	Ciências humanas e sociais
Semiologia Consulta de enfermagem Processo de enfermagem	A4 A8 A10	03	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde Pública Obstetrícia Saúde da criança Saúde coletiva I e II Visita domiciliar Programas de saúde Saúde do idoso Saúde da criança e do adolescente Saúde da mulher Atenção ao pré-natal	A1 A2 A4 A11 A1 A2 A3 A1 A3 A7 A9 A10 A8 A8 A11 A9 A10 A9 A9 A10 A11	21	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração em enfermagem Manuais institucionais Gerenciamento em saúde pública Gerenciamento em políticas públicas Marketing em saúde Conhecimento das UBS a nível estadual e federal Papel do enfermeiro na UBS	A1 A4 A10 A11 A12 A12 A12 A12 A12	09	Ciências da Enfermagem – Administração de Enfermagem
Educação em saúde	A6 A7	02	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 20 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte – Amazonas (quadro 20), os conteúdos das ciências da enfermagem, relativos à assistência de enfermagem, apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando vinte e uma aparições. Na sequência, foram registrados os conteúdos das ciências da enfermagem, referentes à administração de enfermagem, com nove frequências de aparição. As ciências biológicas e da saúde e as ciências humanas e sociais tiveram igual número de frequência de aparição, apresentando oito aparições cada área do conhecimento. Os conteúdos das ciências da enfermagem de fundamentos de enfermagem tiveram três frequências de aparição. O valor mínimo de aparição surgiu na área de conhecimento das ciências de enfermagem referentes ao ensino de enfermagem com duas frequências de aparição.

Em um questionário, o enfermeiro participante A5 registrou considerar que o conteúdo de todas as disciplinas foi 'importante e necessário' para a sua atuação na ABS.

## Região Nordeste – Piauí

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Fisiologia Epidemiologia Vigilância epidemiológica Bioestatística	B4 B9 B15 B9	04	Ciências biológicas e da saúde
Ética e legislação de enfermagem História da enfermagem	B3 B5 B6 B8 B10 B11 B12 B15 B6	09	Ciências humanas e sociais
Procedimentos básicos de enfermagem Semilogia Administração de medicamentos e curativos Consulta de enfermagem	B3 B5 B11 B12 B14 B5 B8 B15 B15	09	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde da criança Saúde da mulher Saúde do idoso Saúde da família Saúde do adulto Saúde pública Enfermagem clínica e cirúrgica Saúde coletiva Saúde mental Assistência de enfermagem nas doenças transmissíveis Imunização Saúde do adolescente	B1 B2 B4 B8 B10 B11 B12 B13 B14 B15 B1 B2 B3 B8 B4 B10 B11 B12 B13 B14 B15 B1 B13 B14 B15 B2 B2 B3 B5 B6 B8 B11 B13 B15 B2 B3 B5 B8 B4 B6 B11 B15 B10 B11 B12 B13 B14 B15	48	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração em enfermagem	B2 B4 B6	03	Ciências da Enfermagem – Administração de Enfermagem
			Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 21 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí (quadro 21), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando quarenta e oito aparições. As ciências da enfermagem, quanto a fundamentos de enfermagem e as ciências humanas e sociais tiveram igual número de frequência de aparição, apresentando nove aparições cada área do conhecimento. Na sequência, foram registrados os conteúdos das ciências biológicas e da saúde, com quatro aparições. As ciências da enfermagem, contemplando conteúdos de administração de enfermagem tiveram três aparições. Os conteúdos da área de conhecimento das ciências da enfermagem referentes ao ensino de enfermagem não apresentaram frequência de aparição.

## Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Anatomia/fisiologia Vigilância epidemiológica e sanitária Farmacologia Bioestatística Patologia	C3 C7 C8 C13 C10 C15	06	Ciências biológicas e da saúde
Ética profissional Legislação profissional em enfermagem Deontologia e ética profissional	C2 C11 C15 C4 C10	05	Ciências humanas e sociais
Semiologia e semiotécnica Fundamentos de enfermagem Exame físico do paciente	C2 C3 C11 C4 C7 C14	06	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde da criança Clínica médica Urgência/emergência Enfermagem em saúde coletiva Saúde pública Saúde da gestante Saúde da criança Saúde do adulto (hipertensão) Ginecologia e obstetrícia Saúde integral da mulher Estágio em sala de vacina Enfermagem cirúrgica Imunização Estágios curriculares e extracurriculares	C2 C3 C11 C12 C10 C3 C4 C6 C4 C8 C12 C13 C5 C5 C1 C13 C5 C6 C13 C6 C12 C11 C13 C10 C15 C8	25	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Liderança e gerenciamento em enfermagem Administração de enfermagem Administração hospitalar – ajuda muito no processo de referência, organização da unidade Administração de enfermagem em saúde pública Enfrentamento de risco Liderança nas organizações Administração em saúde	C2 C3 C5 C6 C12 C7  C11 C13 C14 C14 C15	11	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
Estágio supervisionado no setor de educação continuada Didática aplicada à enfermagem	C2 C12 C13	03	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 22 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul (quadro 22), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando vinte e cinco aparições. As ciências da enfermagem, quanto a administração de enfermagem, apresentaram onze aparições. Fundamentos de enfermagem e as ciências biológicas e da saúde tiveram igual número de frequência de aparição, apresentando seis aparições cada área do conhecimento. Na sequência, foram registrados os conteúdos das ciências humanas e sociais, com cinco aparições. Os conteúdos da área de conhecimento das ciências de enfermagem referentes ao ensino de enfermagem apresentaram três frequências de aparição.

## Região Sudeste – Espírito Santo

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Epidemiologia Farmacologia Anatomia Parasitologia	D3 D6 D3 D6 D11 D12 D4 D8 D4 D8	04	Ciências biológicas e da saúde
Princípios e diretrizes do SUS e ESF	D8	01	Ciências humanas e sociais
Semiologia e semiotécnica Interpretação de exames, eletrocardiograma, RX	D1 D2 D7 D8 D11 D12 D13 D14 D15 D7 D13	11	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde da criança (puericultura) Saúde da mulher (pré-natal + coleta de citopatológico)  Saúde mental Saúde do adulto Saúde coletiva Saúde pública Cuidado com feridas Assistência de enfermagem... Saúde da criança e adolescente Saúde do idoso Saúde escolar Estágios Pacientes críticos Enfermagem médico-cirúrgica Interagindo (atender a população nas UBS com o professor) Habilidades (o meu primeiro contato com o PSF)	D1 D2 D4 D7 D8 D11 D13 D14 D15 D1 D3 D4 D5 D6 D7 D8 D11 D12 D13 D14 D15 D1 D2 D1 D3 D4 D5 D7 D11 D14 D13 D15 D2 D10 D2D4 D5 D6 D3 D5 D5 D5D7 D8 D13 D14 D15 D6 D6 D6 D4 D10 D9 D9	54	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração Administração em enfermagem Gerenciamento em enfermagem	D4 D10 D12	03	Ciências da Enfermagem – Administração de Enfermagem
			Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 23 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo (quadro 23), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando cinquenta e quatro aparições. As ciências da enfermagem, quanto a fundamentos de enfermagem, apresentaram onze aparições. Na sequência, foram registrados os conteúdos das ciências biológicas e da saúde, com quatro aparições. As ciências da enfermagem, contemplando conteúdos de administração de enfermagem tiveram três aparições. A área de conhecimento contemplando as ciências humanas e sociais teve uma frequência de aparição. Os conteúdos da área de conhecimento das ciências da enfermagem referentes ao ensino de enfermagem não apresentaram frequência de aparição.

## Região Sul – Paraná

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Controle de infecção hospitalar Imunologia Epidemiologia Anatomia Patologia	E1 E7 E7 E9 E14 E8 E9 E15 E9 E13	10	Ciências biológicas e da saúde
			Ciências humanas e sociais
Semiologia Semiotécnica Entrevista – Consulta de Enfermagem Administração de medicamentos	E2 E8 E2 E9 E14 E1 E8	07	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Pronto socorro Estágio supervisionado em saúde pública e hospitalar Atendimento de urgência e emergência Enfermagem aplicada ao trabalho Ginecologia e obstetria Clínica geral Geriatría saúde do idoso Pediatría – saúde da criança Oncologia Saúde coletiva Saúde da mulher Planejamento familiar Vacinas	E2 E2 E1 E1 E3 E3 E3 E9 E12 E14 E8 E3 E9 E13 E14 E15 E3 E7 E9 E7 E9 E15 E8 E7 E8	24	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração em enfermagem Gerenciamento da unidade	E2 E1	02	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
			Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 24 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUL – PARANÁ  
FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Sul – Paraná (quadro 24), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando vinte e quatro aparições. A área de conhecimento das ciências biológicas e da saúde teve dez frequências de aparição. As ciências da enfermagem, quanto a fundamentos de enfermagem, apresentaram sete aparições. Na sequência, foram registrados os conteúdos das ciências da enfermagem relativas a administração da enfermagem, com duas aparições. Os conteúdos das áreas de conhecimento das ciências humanas e sociais e das ciências da enfermagem referentes ao ensino de enfermagem não apresentaram frequência de aparição.

### Âmbito nacional

Posterior à análise quantitativa dos conteúdos que, na opinião dos sujeitos da pesquisa, contribuíram para a sua atuação na ABS, por região geográfica, as frequências de aparição das áreas de conhecimento foram reunidas no quadro 25.

Categoria	Região Norte – Amazonas	Região Nordeste – Piauí	Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul	Região Sudeste – Espírito Santo	Região Sul – Paraná
Ciências biológicas e da saúde	08	04	06	04	10
Ciências humanas e sociais	08	09	05	01	-
Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem	03	09	06	11	07
Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem	21	48	25	54	24
Ciências da Enfermagem – Administração de Enfermagem	09	03	11	03	02
Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem	02	-	03	-	-

QUADRO 25 – QUADRO DA FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO DOS CONTEÚDOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – ÂMBITO NACIONAL

FONTE: A Autora (2009)

A categoria da área de conhecimento das ciências biológicas e da saúde apresentou trinta e duas aparições, distribuídas em todas as regiões geográficas pesquisadas. A Região Sul – Paraná apresentou o maior valor de frequência, somando dez frequências de aparição. As Regiões Nordeste – Piauí e Sudeste – Espírito Santo registraram o menor valor de frequência da categoria, com quatro aparições em cada região. As unidades de registro desta categoria contemplaram conteúdos de anatomia, fisiologia, patologia, microbiologia, parasitologia e farmacologia. Tais conteúdos coincidem com o conhecimento científico necessário para o enfermeiro que atua na ABS, de acordo com as atribuições previstas na PNAB, envolvendo a identificação de problemas de saúde, a prescrição de medicamentos por protocolos, a solicitação de exames de rotina, a vigilância epidemiológica, o controle de infecção nas instituições de saúde, entre outras.

A categoria da área de conhecimento das ciências humanas e sociais apresentou vinte e três aparições. A Região Sul – Paraná não apresentou



nenhuma unidade de registro nesta categoria. Entre as regiões geográficas com unidades de registro nesta categoria, a Região Nordeste – Piauí teve o maior valor de frequência de aparição, com nove aparições. O menor valor de frequência de aparição foi registrado na Região Sudeste – Espírito Santo, com uma aparição. As unidades de registro desta categoria contemplaram conteúdos de psicologia, antropologia, história, política e ética e legislação profissional. Tais conteúdos são imprescindíveis no processo de cuidar, quanto ao: relacionamento interpessoal, compreensão do processo saúde-doença, percurso histórico da enfermagem e da saúde, políticas públicas de saúde e exercício profissional, entre outros.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem apresentou trinta e seis frequências de aparição, com presença registrada em todas as regiões geográficas. A Região Sudeste – Espírito Santo apresentou o maior valor de frequência de aparição, com onze aparições. O menor valor de aparição foi registrado na Região Norte – Amazonas, com três aparições. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria contemplaram a semiologia e a semiotécnica da enfermagem, fundamentais para o desempenho técnico do enfermeiro, reunindo todos os procedimentos técnicos de enfermagem, a linguagem dos sinais e sintomas e a sistematização técnica e científica da assistência de enfermagem.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – assistência de enfermagem apresentou a maior frequência de aparição em todas as regiões geográficas, totalizando cento e setenta e duas aparições, no âmbito nacional. A Região Sudeste – Espírito Santo apresentou o maior valor de frequência de aparição, com cinquenta e quatro aparições. O menor valor de aparição foi registrado na Região Norte – Amazonas, com vinte e uma aparições. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria contemplaram áreas estratégicas da ABS, relacionadas com a saúde da mulher, saúde da criança e do adolescente, saúde do idoso, saúde do trabalhador, saúde pública, saúde coletiva, programa de imunizações, o controle e eliminação de doenças transmissíveis, o controle da hipertensão e do diabetes mellitus, incluindo o cuidado com feridas. Considerando a atuação do enfermeiro nas unidades 24 horas, os conteúdos relativos ao atendimento de urgência e emergência, a

assistência oncológica e a assistência de enfermagem clínica e cirúrgica surgiram como unidades de registro categorizadas nesta área do conhecimento.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentou vinte e oito frequências de aparição, com a presença de unidades de registro em todas as regiões geográficas. A Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentou o maior valor de frequência de aparição, com onze aparições. A Região Sul – Paraná teve o menor valor de frequência de aparição, com duas aparições. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria são essenciais para a atuação do enfermeiro na direção, no gerenciamento, na coordenação, na supervisão, no planejamento e na avaliação dos serviços de enfermagem e de saúde.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – ensino de enfermagem surgiu nas Regiões Norte – Amazonas e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul, somando cinco aparições, nacionalmente. Os conteúdos que constituíram unidades de registro nesta categoria contemplaram a educação em saúde e a educação permanente. A ausência de unidades de registro em três regiões geográficas brasileiras permite inferir que tal dado não apresentou congruência com o destaque dado à educação em saúde e à educação permanente nas atividades desenvolvidas e não desenvolvidas registradas pelos sujeitos desta pesquisa.

Comparativamente, os sujeitos da pesquisa das Regiões Norte – Amazonas e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentaram unidades de registro que, categorizadas nas diferentes áreas de conhecimento, retrataram equilíbrio de distribuição dos conteúdos, dado que caracteriza um currículo que contribui para a formação integral do enfermeiro. A Região Sul – Paraná concentrou as unidades de registro nas categorias da assistência de enfermagem e das ciências biológicas e da saúde, com ausência de unidades de registro nas ciências humanas e sociais e nas ciências da enfermagem – ensino de enfermagem. Tal dado mostra que as unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa retrataram um currículo biologicista que, por sua vez, não contribuiria para a formação integral do enfermeiro.

### Conteúdos prioritários para a atuação profissional na ABS não incluídos no currículo acadêmico

Nesta questão foi seguido o mesmo percurso metodológico da questão anterior, contemplando as mesmas categorias de área do conhecimento na categorização das unidades de registro de conteúdos não incluídos na formação profissional dos sujeitos da pesquisa, mas que poderiam fazer diferença favorável ao melhor desempenho profissional.

#### Região Norte – Amazonas

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Vigilância em saúde Bioestatística	A6 A9	02	Ciências biológicas e da saúde
Humanização Equipe multiprofissional (integração)	A1 A2	02	Ciências humanas e sociais
Sistematização da assistência de enfermagem	A7	01	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde do idoso Saúde indígena Introdução à saúde da família Assistência de enfermagem a pacientes com transtorno mental no novo modelo de assistência (CAPS) Prática mais concentrada na saúde pública Planejamento familiar DIANTE DO AVANÇO DA ATENÇÃO BÁSICA, ESTÁ FALTANDO UMA MAIOR PRIORIDADE E CARGA HORÁRIA NO QUE DIZ RESPEITO A ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE DO TRABALHADOR (POIS TODOS SÃO TRABALHADORES E ADOCEM DEVIDO AO TRABALHO) AUMENTAR A CARGA HORÁRIA DOS ESTÁGIOS NA ATENÇÃO BÁSICA APROFUNDAR-SE NA ATENÇÃO BÁSICA NA DISCIPLINA DE SAÚDE COLETIVA, QUAL A FUNÇÃO DE CADA MEMBRO DA EQUIPE, OS PROTOCOLOS PARA PRESCRIÇÃO DE EDICAMENTOS, QUAIS AS AÇÕES PRIORITÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA, ETC.	A1 A1 A2 A4  A4 A5 A8  A9  A10 A11	11	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Gestão voltada para a saúde pública Manuais institucionais Protocolos operacionais	A2 A11 A11	02	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
Educação permanente para o profissional (pedagogia)	A1	01	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 26 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORTE – AMAZONAS

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Norte - Amazonas (quadro 27), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando onze aparições. As áreas de conhecimento das ciências biológicas e da saúde, das ciências humanas e sociais e das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentaram duas frequências de aparição em cada categoria. As

ciências da enfermagem, quanto a fundamentos de enfermagem e ensino de enfermagem apresentaram uma aparição em cada categoria.

As unidades de registro contemplaram conteúdos necessários para a vigilância epidemiológica e tratamento estatístico dos dados levantados, a harmonia da equipe de trabalho, a sistematização da assistência de enfermagem, os programas de saúde, a gestão de serviços de saúde e a educação permanente.

## Região Nordeste – Piauí

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Farmacologia aplicada à enfermagem Farmacologia aplicada aos programas do PSF Saúde ambiental Gostaria que ampliasse a carga horária da disciplina de farmacologia Vigilância epidemiológica	B3 B14 B15 B4 B4 B11 B10 B13	08	Ciências biológicas e da saúde
Experiências sociais enquanto cidadão Relações humanas Relações interpessoais Filosofia Políticas nacionais de saúde Humanização no atendimento Implicações éticas quanto à competências do enfermeiro	B1 B6 B6 B6 B11 B13 B13	07	Ciências humanas e sociais
Interpretação de exames complementares Semiologia Diagnóstico de enfermagem SAE	B3 B15 B11 B14 B14	05	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Contato prévio com o processo ABS Enfermagem do trabalho Saúde do homem Oncologia Ginecologia Obstetrícia Saúde da mulher Saúde da criança (AIDPI) Geriatria Saúde coletiva Saúde do trabalhador Atendimento pré-hospitalar Psiquiatria	B1 B3 B15 B3 B4 B15 B4 B5 B5 B5 B5 B12 B5 B11 B12 B13 B15 B15	18	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração em saúde Gestão de qualidade	B4 B6	02	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
Didática Técnicas dinâmicas para trabalhar em grupo	B6 B11	02	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 27 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO NORDESTE – PIAUÍ

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Nordeste – Piauí (quadro 27), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando dezoito aparições. A área de conhecimento das ciências biológicas e da saúde apresentou oito aparições. As categorias das ciências humanas e sociais e das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem apresentaram sete e cinco frequências de aparição, respectivamente. As categorias das ciências da enfermagem – administração de enfermagem e ensino de enfermagem apresentaram duas frequências de aparição em cada categoria.

As unidades de registro contemplaram conteúdos necessários para a atuação do enfermeiro na ABS prescrevendo medicamentos, zelando pela

vigilância epidemiológica e saúde ambiental, harmonizando as relações comunitárias e de trabalho, sistematizando a assistência de enfermagem, participando dos programas de saúde, administrando serviços de saúde com a visão de qualidade e desenvolvendo a educação permanente.

## Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Estratégias de vigilância epidemiológica Educação física Eletrofisiologia (leitura de ECG) Prescrição medicação básica	C7 C11 C14 C15	04	Ciências biológicas e da saúde
Abordagem sobre psicologia do trabalhador Estudo contextualizado da Lei 8080/90 e outras normas do SUS Estudo contextualizado com a prática da Lei 7498/96 Histórico e ação das políticas públicas de saúde no Brasil Estudo contextualizado da atuação como equipe multiprofissional Políticas de saúde – aplicadas ao cotidiano e a prática Sociologia e antropologia Psicologia voltada para a família Humanização Psicologia em campo de estágio Humanização no SUS Relacionamento interpessoal	C2 C4 C4 C4 C4 C5 C12 C6 C7 C8 C11 C13 C10	13	Ciências humanas e sociais
Melhora na sistematização da consulta de enfermagem Punção intra-óssea Punção porta cath	C12 C14 C14	03	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Enfermagem do trabalho Visão geral dos programas oferecidos pelo MS Terapia ocupacional Como lidar com a morte e o processo de morrer SAE (prática da ABS/ Estratégia saúde da família Estratégias do serviço de imunização Saúde pública voltada para PSF Saúde do trabalhador Saúde do idoso Trabalho em comunidade PSF PACS SIS – Pré-natal (programa) Hipertensão	C2 C2 C2 C11 C2 C5 C6 C7  C11 C13 C11 C13 C12 C13 C15 C15 C15 C15	18	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Liderança e atuação em equipe Relacionamento com colegas e outros profissionais Referência e contra-referência – como articular e otimizar esse processo Gestão dos serviços de saúde Gestão em saúde Notificações de surto Notificações de abusos sexuais (estupro)	C5 C12 C6 C7 C10 C13 C14 C14	08	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
Apresentação de dinâmicas de grupo Pouca carga horária para didática e que obrigatoriamente fosse ministrada por um enfermeiro, haja visto que todo enfermeiro é um educador	C5 C10	02	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 28 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO CENTRO-OESTE – MATO GROSSO DO SUL

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul (quadro 28), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando dezoito aparições. A área de conhecimento das ciências humanas e sociais apresentou treze aparições. A categoria das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentou oito aparições. As

categorias das ciências biológicas e da saúde e das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem e do ensino de enfermagem apresentaram quatro, três e duas frequências de aparição, respectivamente.

As unidades de registro contemplaram conteúdos necessários para a atuação do enfermeiro na ABS prescrevendo medicamentos, analisando resultados de exames, zelando pela vigilância epidemiológica, harmonizando as relações comunitárias e de trabalho, participando nas políticas públicas de saúde, sistematizando a assistência de enfermagem, participando dos programas de saúde, administrando serviços de saúde com a visão de qualidade, identificando os serviços de referência e contra-referência e desenvolvendo a educação permanente e em saúde.

Na categoria do ensino de enfermagem foi destacada a importância de que a disciplina de didática seja ministrada por professor enfermeiro, a fim de adequar o conteúdo à realidade de trabalho do enfermeiro.



## Região Sudeste – Espírito Santo

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Farmacologia Infecologia	D1 D14 D15 D1	04	Ciências biológicas e da saúde
Psicologia aplicada à saúde pública Relações interpessoais	D2 D4 D5	03	Ciências humanas e sociais
Detalhes sobre vacinação (geladeira, arrumação e quantidade a ser aplicada) Leitura exames laboratoriais Coleta de exames laboratoriais Interpretação básica de ECG	D1 D14 D14 D14	04	Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Saúde do idoso Assistência a pacientes graves Saúde do trabalhador Saúde da criança na ESF Urgência e emergência Obstetrícia (aprofundamento) Saúde mental (aprofundamento) Saúde do adolescente (aprofundamento) Assistência ao usuário de drogas Assistência ao alcoolatra Atendimento pré-hospitalar Abordagem na visita domiciliar	D1 D1 D2 D3 D14 D15 D2 D3 D3 D3 D3 D8 D8 D14 D15	15	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Administração em ESF Marketing profissional Parte burocrática do PSF Sistemas de informação Parte de preenchimento dos documentos para informação Administração com relação à UBS Preparação para o enfermeiros gerente e administrador Conhecimento das papeladas Conhecimento SIAB/SIAS	D2 D2 D4 D4 D5 D5 D8 D14 D14	09	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
			Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 29 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUDESTE – ESPÍRITO SANTO

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Sudeste – Espírito Santo (quadro 29), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando quinze aparições. A área de conhecimento das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentou nove aparições. As categorias das ciências biológicas e da saúde e das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem apresentaram quatro aparições por categoria. A categoria das ciências humanas e sociais apresentou três aparições. A categoria das ciências da enfermagem – ensino de enfermagem não apresentou nenhuma unidade de registro.

As unidades de registro contemplaram conteúdos necessários para a atuação do enfermeiro na ABS prescrevendo medicamentos, analisando

resultados de exames, zelando pela vigilância epidemiológica, harmonizando as relações comunitárias e de trabalho, participando nas políticas públicas de saúde, sistematizando a assistência de enfermagem, participando dos programas de saúde, administrando serviços de saúde com a visão de qualidade, registrando e consultando dados do SIAB/SIAS.

Um sujeito da pesquisa destacou que

*“Os conteúdos teóricos precisam ser tratados na prática, pois saímos da faculdade sem direcionamento” (D9)*

Outro sujeito da pesquisa registrou que o currículo da sua formação profissional contemplou todos os conteúdos necessários, não deixando nada a desejar.

## Região Sul – Paraná

Conteúdo	Presença	Frequência	Categoria
Controle de infecções, alternativas de desinfecção e esterilização em pequenas unidades	E1	01	Ciências biológicas e da saúde
Políticas públicas de saúde Metodologia da pesquisa Ética na saúde História do PSF Atuação comunitária	E3 E3 E3 E9 E11	05	Ciências humanas e sociais
			Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem
Urgência e emergência (pronto socorro) (maior carga horária) PSF Saúde coletiva Saúde do homem Saúde do trabalhador	E2 E3 E9 E14 E3 E12 E13	07	Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem
Gestão em saúde (maior carga horária) Estágio supervisionado em gestão pública (maior carga horária) Preenchimento de relatórios SIAB-SINAN-API-SISVAN Parte burocrática de ABS	E1 E2 E1 E2 E7 E7	06	Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem
Educação em saúde	E14	01	Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem

QUADRO 30 – QUADRO DE CATEGORIZAÇÃO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRAM PARA A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – REGIÃO SUL – PARANÁ

FONTE: A Autora (2009)

Na análise quantitativa dos conteúdos referidos pelos sujeitos da pesquisa na Região Sul – Paraná (quadro 30), os conteúdos relativos à assistência de enfermagem apresentaram maior valor de frequência de aparição, somando sete aparições. A área de conhecimento das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentou seis aparições. A categoria das ciências humanas e sociais somou cinco aparições. As categorias das ciências biológicas e da saúde e das ciências da enfermagem – ensino de enfermagem apresentaram uma frequência de aparição por categoria. Nenhuma unidade de registro contemplou conteúdos das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem.

As unidades de registro contemplaram conteúdos necessários para a atuação do enfermeiro na ABS executando o controle de infecção nas instituições de saúde, participando do processo de proposição das políticas públicas de saúde, humanizando a atenção à saúde, desenvolvendo os programas de saúde, coletando e analisando dados do SIAB-INAM-API-SISVAN e administrando com eficiência.

Dois sujeitos da pesquisa registraram a necessidade de maior carga horária para os conteúdos da ABS, gestão em saúde, estágio em saúde pública e assistência nas situações de urgência e emergência.

### Âmbito nacional

Posterior à análise quantitativa dos conteúdos não incluídos no currículo acadêmico que, na opinião dos sujeitos da pesquisa, poderiam fazer a diferença para melhor atuação na ABS, por região geográfica, as frequências de aparição das áreas de conhecimento foram reunidas no quadro 31.

Categoria	Região Norte – Amazonas	Região Nordeste – Piauí	Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul	Região Sudeste – Espírito Santo	Região Sul – Paraná
Ciências biológicas e da saúde	02	08	04	04	01
Ciências humanas e sociais	02	07	13	03	05
Ciências da Enfermagem – Fundamentos de Enfermagem	01	05	03	04	-
Ciências da Enfermagem – Assistência de Enfermagem	11	18	18	15	07
Ciências da Enfermagem – Administração da Enfermagem	02	02	08	09	06
Ciências da Enfermagem – Ensino de Enfermagem	01	02	02	-	01

QUADRO 31 – QUADRO DA FREQUÊNCIA DE APARIÇÃO DAS ÁREAS DE CONHECIMENTO DOS CONTEÚDOS NÃO INCLUÍDOS NO CURRÍCULO ACADÊMICO QUE CONTRIBUÍRIAM PARA MELHOR ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ABS – ÂMBITO NACIONAL

FONTE: A Autora (2009)

A categoria da área de conhecimento das ciências biológicas e da saúde apresentou dezenove aparições, distribuídas em todas as regiões geográficas pesquisadas. A Região Nordeste – Piauí apresentou o maior valor de frequência, somando oito frequências de aparição. A Região Sul – Paraná registrou o menor valor de frequência da categoria, com uma aparição. As unidades de registro desta categoria contemplaram conteúdos de microbiologia, infectologia e farmacologia. Tais conteúdos coincidem com o conhecimento científico necessário para o enfermeiro que atua na ABS, de acordo com as atribuições previstas na PNAB, envolvendo a prescrição de medicamentos por protocolos, a vigilância epidemiológica, o controle de infecção nas instituições de saúde, entre outras.

A categoria da área de conhecimento das ciências humanas e sociais apresentou trinta aparições. A Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul teve o maior valor de frequência de aparição, com treze aparições. O menor valor de frequência de aparição foi registrado na Região Norte – Amazonas, com duas aparições. A Região Sul – Paraná que, nos conteúdos que contribuíram para a formação profissional do sujeito da pesquisa, não havia apresentado nenhuma unidade de registro, nesta categoria apresentou cinco frequências de aparição, contemplando políticas públicas de saúde, metodologia da pesquisa, ética na saúde, história do PSF e atuação comunitária. Este dado apresenta indicativo para concluir que os sujeitos da pesquisa na Região Sul – Paraná tiveram uma formação profissional que privilegiou o modelo biologicista, sentindo na realidade profissional a falta de conteúdos relativos as ciências humanas e sociais.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – fundamentos de enfermagem apresentou treze frequências de aparição. Nesta categoria a Região Sul – Paraná não apresentou nenhuma unidade de registro. A Região Nordeste – Piauí apresentou o maior valor de frequência de aparição, com cinco aparições. O menor valor de aparição foi registrado na Região Norte – Amazonas, com uma aparição. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria contemplaram procedimentos técnicos de enfermagem de alta complexidade e a sistematização técnica e científica da assistência de enfermagem.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – assistência de enfermagem apresentou a maior frequência de aparição em todas as regiões geográficas, totalizando sessenta e nove aparições, no âmbito nacional. As Regiões Nordeste – Piauí e Centro-oeste – Mato Grosso do Sul apresentaram o maior valor de frequência de aparição, com dezoito aparições por região. O menor valor de aparição foi registrado na Região Sul – Paraná, com sete aparições. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria contemplaram áreas estratégicas da ABS, o atendimento nas situações de urgência e emergência, a saúde do homem e do trabalhador.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – administração de enfermagem apresentou vinte e sete frequências de aparição, com a presença de unidades de registro em todas as regiões geográficas. A

Região Sudeste – Espírito Santo apresentou o maior valor de frequência de aparição, com nove aparições. As Regiões Norte – Amazonas e Nordeste - Piauí tiveram o menor valor de frequência de aparição, com duas aparições por região. Os conteúdos que constituíram as unidades de registro desta categoria são essenciais, na opinião dos sujeitos da pesquisa, para a atuação do enfermeiro na direção, no gerenciamento, na coordenação, na supervisão, no planejamento e na avaliação dos serviços de enfermagem e de saúde.

A categoria da área de conhecimento das ciências da enfermagem – ensino de enfermagem surgiu nas Regiões Norte – Amazonas, Nordeste – Piauí, Centro-oeste – Mato Grosso do Sul e Sul – Paraná, somando seis aparições, nacionalmente. Os conteúdos que constituíram unidades de registro nesta categoria contemplaram a educação em saúde e a educação permanente, com ênfase para conteúdos que contemplem as dinâmicas de trabalho em grupo.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das características desta pesquisa de natureza qualitativa, tendo constituído uma das suas dificuldades, foi a apresentação e a discussão de um conjunto grande de resultados obtidos. Desse modo, a pesquisadora não intenciona fazer desta tese um trabalho conclusivo, ao revelar dados e apresentar a sua inferência em questões da atuação profissional, formação acadêmica e participação na proposição das políticas públicas reveladas pelos enfermeiros participantes deste estudo. Contudo, o resultado deste trabalho poderá auxiliar enfermeiros que atuam na atenção básica à saúde a traçar novos horizontes profissionais, mediante o exercício da enfermagem dirigido para as necessidades de saúde da população, como componente essencial na efetivação do SUS.

Cabe ressaltar aspectos revelados nesta pesquisa que retrataram as dimensões do cuidar, do ensinar e do promover saúde presentes no cotidiano de trabalho dos enfermeiros. As ações dirigidas ao gerenciamento do processo saúde-doença, ao monitoramento da qualidade dos serviços, ao exercício profissional com competência ética e legal, ao potencial de ajuda a pessoas, ao papel de educador e ao desempenho como agente transformador em saúde resumem as atribuições profissionais do enfermeiro e delineiam as competências a serem contempladas na sua formação acadêmica.

Este estudo revelou que a atuação do enfermeiro na atenção básica é moldada por realidades sociais, políticas e econômicas que diferem, não somente entre as regiões geográficas brasileiras, mas de município para município, apesar da configuração assegurada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e pela regulamentação profissional. Ambas constituem o elemento unificador da atuação do enfermeiro no atendimento à saúde; sendo oportuno destacar o avanço da Lei do Exercício da Enfermagem e do Decreto Regulamentar que, promulgados em 1986 e 1987, respectivamente, ao terem referenciado a análise comparativa da pesquisadora com a PNAB instituída em 2006, demonstraram ser textos normatizadores tão atuais quanto as normas nacionais que norteiam o momento atual de desenvolvimento da atenção básica no Brasil.

Ao avaliar as aproximações e os distanciamentos da PNAB com a atuação profissional dos sujeitos desta pesquisa, considerando que a estratégia de saúde



da família é prioridade na atenção básica e, nesta pesquisa, constituiu a área de atuação predominante entre os pesquisados, estes apresentaram poucas unidades de registro contemplando ações dirigidas para a família. Os resultados obtidos revelaram que a atuação do enfermeiro na atenção básica ainda prioriza o indivíduo. Neste aspecto, é preciso alertar os enfermeiros brasileiros no sentido de harmonizar as ações desenvolvidas na atenção básica com a identidade sanitária do Brasil. A estratégia de saúde da família tem por finalidade a reorganização da atenção básica, de acordo com os preceitos do SUS, cujo planejamento e a programação tem como foco a família e a comunidade. Portanto, ao atuar na atenção básica, é preciso que o enfermeiro brasileiro vincule cada indivíduo à família que, por sua vez, tem sido apresentada como a base estratégica para a condução das políticas públicas voltadas para a garantia de direitos sociais.

Pensar a família como estratégia prioritária de atenção básica é apenas o ponto de partida na efetivação do SUS, o enfermeiro deve questionar o seu próprio cotidiano profissional quanto ao grau de eficiência das suas ações para o fortalecimento das competências familiares, a resposta às necessidades das famílias cuidadas e o potencial de inclusão e proteção social das mesmas. Quando a PAB estabelece que a estratégia saúde da família seja um espaço de construção da cidadania, esta será edificada na família, meio social fundamental na construção do bem-estar humano.

O destaque que a pesquisadora confere à presença da família no dia-a-dia profissional do enfermeiro consiste na necessidade da efetiva atuação do enfermeiro na atenção básica, de acordo com a dimensão das políticas públicas dirigidas para a família. Na origem do Programa Saúde da Família, o 'slogan' "Deixe a Dona Saúde Entrar" foi associado à logomarca do programa, retratando uma seqüência de portas de domicílios, revelando a mudança do modelo assistencial, levando saúde ao cidadão onde este permanecia com a família. Atualmente, a logomarca Saúde da Família, reproduz a imagem de um lar urbano, com duas silhuetas adultas, retratando os gêneros masculino e feminino, e uma silhueta infantil que, no conjunto, refletem a configuração convencional de família. Portanto, para a realização das políticas públicas é preciso que os profissionais responsáveis desenvolvam ações que reproduzam os preceitos norteadores das mesmas. Constitui uma das características do processo de trabalho na estratégia

saúde da família a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e das próprias comunidades.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica atende as recomendações da Organização Mundial da Saúde, dirigidas para uma assistência à saúde desenvolvida por equipe multiprofissional. Cada integrante da equipe de saúde, de acordo com a regulamentação da sua profissão, desenvolve atribuições que lhe são legalmente privativas e outras ações compartilhadas entre os integrantes da equipe, por constituírem atribuições comuns a diferentes profissionais de saúde.

Dentre as atribuições legais do enfermeiro como integrante da equipe de saúde, a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares de rotina constituem atividades compartilhadas, objeto de freqüentes questionamentos judiciais, predominantemente, originados nas entidades de classe, vinculadas à medicina. Tais ações fazem parte da regulamentação da enfermagem, desde 1986, vinculando-as a protocolos de saúde. Com isso, a evidência da atribuição legal dessas ações só surgiu com a implementação dos programas de saúde, contemplando protocolos, como acontecimento recente na história da saúde brasileira, estabelecendo ponto de discórdia entre médicos e enfermeiros.

Não constituiu objetivo desta pesquisa, investigar as razões de conflitos entre médicos e enfermeiros, suscitados pela prescrição de medicamentos e solicitação de exames complementares de rotina por enfermeiros, mediante protocolos. No entanto, estas atribuições ficaram evidenciadas nos resultados desta pesquisa, uma vez que, não foram relatadas como ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa e surgiram como ações não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na atenção à saúde. Tal resultado permite inferir que, frente a medidas judiciais amplamente propagadas pela classe médica, os enfermeiros tendem a abandonar práticas reconhecidamente legais, quer seja por constrangimento, quer seja timidez em expor o seu próprio conhecimento e competência profissional. Assim, esta pesquisa contribui para orientar médicos e enfermeiros no desempenho dessas

duas ações de saúde, estabelecendo voz uníssona com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, esclarecendo não haver nenhuma medida judicial que limite a atuação do enfermeiro na atenção básica em prescrever medicamentos e solicitar exames, mediante protocolos. Tais atribuições têm como respaldo legal a legislação profissional, devidamente citada neste trabalho; bem como, a Portaria GM/MS nº. 1625/2007, redigida e aprovada em reunião convocada pelo ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, a representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e do Conselho Federal de Medicina (CFM), em abril de 2007.

Desse modo, não há espaço para divergências entre entidades de classe da enfermagem e medicina, quanto às atribuições supracitadas. Deve ser compromisso de todos, médicos e enfermeiros, estabelecer aproximações com as normas legais e serem incessantes estudiosos da legislação profissional e sanitária, viabilizando a humanização prevista no SUS, mediante o estreitamento do vínculo entre os profissionais de saúde e a população e dos profissionais de saúde entre si, preservando a articulação e a colaboração necessárias para a obtenção de bons resultados na saúde.

A humanização surgiu como outro elemento de destaque nos resultados desta pesquisa. A saúde como direito social só acontece com a manifestação do humano. A enfermagem, comprometida com o cuidado, é profissão essencialmente humana, resultante do processo interativo enfermeiro/paciente. Ambos - enfermeiro e paciente - apresentam-se como seres humanos que, apesar das características semelhantes, exibem especificidades próprias, abrangendo os diferentes aspectos da multidimensionalidade humana. Esta relação, caracterizada pelo *cuidar* do enfermeiro e o *ser cuidado* do paciente, objetiva estabelecer um atendimento individualizado e integral do ser humano. Aquele que *cuida* considera quem é cuidado nas dimensões biológica, psicológica e espiritual que, por sua vez, são dimensões interdependentes, derivadas do todo como face complementares, não excludentes, não constituindo partes isoladas. Tal enfoque constitui a base conceitual da enfermagem que norteia a prática.

Comparativamente, os sujeitos da pesquisa da Região Centro-oeste – Mato Grosso do Sul registraram maior número de unidades de registro destacando a humanização, vinculando-a nas ações desenvolvidas, nas ações não desenvolvidas, na proposição de políticas públicas de saúde e nos conteúdos relevantes do currículo acadêmico. A certeza da humanização nos serviços de saúde decorre do grau de permissão da manifestação do humano entre os profissionais de saúde. Portanto, refletir sobre o humano, investir em tornar-se pessoa e dirigir ao outro a atenção que eu gostaria de receber caso estivesse nas condições do outro são princípios fundamentais da formação profissional em saúde e elementos norteadores do ‘ser gente’.

Filosoficamente, o existencialismo oferece respaldo teórico aos enfermeiros na compreensão do humano, a fim de compreenderem a si mesmos e aos outros na mesma proporcionalidade. Viktor Frankl (1994) é referência filosófica de orientação pessoal e profissional, não somente para enfermeiros, mas para todos os profissionais de saúde que zelam pela humanização da saúde. Segundo Frankl (1994), o homem não é um ser ‘pré-determinado’ pelos fatos psicofísicos, mas sim um ser facultativo que, apesar dos impulsos, instintos e condicionamentos, pode também vir a ser sempre de outra forma. Portanto, o ser humano não é impulsionado - impotente e irresponsável - pelos instintos soberanos, mas como criatura que decide e faculta a sua forma de ser, quanto ao destino de seus impulsos.

No exercício da enfermagem, aquele que presta o cuidado, constantemente defronta-se com situações de difícil solução que envolvem questões existenciais. Já aquele que recebe o cuidado, enfrenta a situação de necessidades comprometidas, acompanhadas da insegurança e do medo frente ao desconhecido. Conhecer os valores, crenças e atitudes de si próprio e daquele que recebe o seu cuidado é condição precípua do relacionamento de ajuda e da habilidade na identificação das necessidades integrais do ser humano. A qualidade do cuidado em enfermagem é determinada, em primeiro plano, pela maneira como o enfermeiro percebe o indivíduo que precisa de ajuda e pelas suas concepções pessoais de ser humano. O enfermeiro, comparado aos demais integrantes da equipe de saúde, possui a vantagem de ter acesso ilimitado ao usuário da saúde, atendendo-o nos serviços de saúde e no domicílio. Desse

pensamento, resultaram as duas principais funções do enfermeiro, segundo Travelbee (1969:20), a saber: *“(1) Assistir indivíduos e famílias a prevenir ou enfrentar a tensão da doença e sofrimento. (2) Assistir indivíduos e famílias a encontrar significado na doença e sofrimento, se necessário for.”* Tais funções estão intimamente interligadas e encontram-se fundamentadas no princípio existencial de que o ser humano está sempre em busca de um sentido para as suas experiências de vida, como manifestação genuína da sua especificidade humana, determinada pela capacidade de transcender a si mesmo, proveniente da sua dimensão espiritual.

Sendo a Enfermagem um processo essencialmente interativo, resultante do encontro de dois seres humanos - um precisando ser cuidado e o outro comprometido com o cuidar -, cujo objetivo maior consiste em ajudar aquele que sofre a buscar um sentido específico em sua vida, aquele que cuida também encontra, nesta tarefa, o seu sentido de vida. Por outro lado, este ‘encontrar’ o seu sentido de vida, impulsionado pela vontade de sentido própria do ser humano, retroalimenta a capacidade de ajudar o outro a encontrar o seu sentido de vida. Nesta linha de raciocínio, o enfermeiro consciente do seu sentido de vida, que difere de pessoa para pessoa e é mutável a cada momento de vida, passa a considerar a unicidade, totalidade e irrepetibilidade daquele que recebe o seu cuidado, ajudando-o a encontrar o seu sentido de vida. Tal ato caracteriza o ir além do rotineiro, do comum, do técnico, da obrigação em enfermagem, transformando-a num ato transcendental que, por sua vez, é o que caracteriza a dimensão espiritual do ser humano.

Na sequência dos resultados obtidos nesta pesquisa, a educação em saúde surgiu como categoria temática de destaque, reunindo unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa nas ações desenvolvidas, nas ações não desenvolvidas e nos conteúdos da formação acadêmica. A inclusão das ações educativas na PNAB tem por finalidade instruir o cidadão e promover mudanças de hábitos e atitudes no processo de saúde-doença da população e na ampliação do controle social em defesa da qualidade de vida. O processo educativo em saúde abrange diretamente dois princípios constitucionais: ‘educação’ e ‘saúde’, ambos vinculados à ordem social, tendo como objetivo maior ‘o bem-estar e a justiça sociais’, assegurados como ‘direito de todos e dever do Estado’.

O eixo norteador da atenção básica à saúde é o desenvolvimento comunitário. Saúde e educação são direitos sociais imprescindíveis ao desenvolvimento humano, nas famílias, nos grupos, nas comunidades e nas populações. Educar as pessoas para a saúde confere a elas condições de conhecimento e mudança e a educação em saúde é parte integrante do processo de cuidar, conferindo ao enfermeiro o papel de educador em saúde.

No desenvolvimento da educação em saúde, é enfatizada a mudança voluntária da pessoa, dirigindo a atenção para os comportamentos e atitudes de saúde, o conceito de risco e a percepção de agravos. Trabalhar com esses conceitos na educação em saúde exige do profissional de saúde a formação pessoal, pedagógica, científica e cidadã para o desenvolvimento do processo educativo dirigido para as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Educar em saúde exige que as ações educativas tenham significado prático para o aprendiz em saúde, mediante estratégias interdisciplinares de envolvimento contextualizado na realidade de vida da pessoa.

A educação em saúde reconhece a dinâmica conceitual que envolve saúde e bem-estar para a população em geral. É comum ouvir os usuários conceituando saúde como 'poder trabalhar', sem referir bem-estar ou doença, pensando saúde somente na visão operativa. Por sua vez, o bem-estar é um conceito subjetivo, freqüentemente, comparado com o mal-estar. Ambos são influenciados pelos padrões pessoais, familiares e comunitários de bem-estar. Assim, situações semelhantes constituem processos diferentes de pessoa para pessoa ou para a própria pessoa assumem significados diferentes conforme o momento em que ocorre a situação, resultando diferentes conceitos de bem-estar interpessoal e intrapessoal.

É responsabilidade do enfermeiro na atenção à saúde atuar como o facilitador do processo educativo em saúde, em ações de ensino e aprendizagem diretamente com os usuários da saúde; bem como, no preparo dos profissionais de saúde do nível médio para a atuação educativa. A educação em saúde constitui atribuição compartilhada entre os integrantes da equipe multiprofissional, prevista no rol de ações da PNAB dirigidas prioritariamente a famílias.

Voltar a educação em saúde para a realidade do indivíduo ou da família permite a aprendizagem contextualizada e favorece a busca de espaços

alternativos para o desenvolvimento do processo educativo. Tal enfoque é respaldado teoricamente pelo referencial freireano de ensinar, no qual “*o fundamento no aprendizado do conteúdo é a construção da responsabilidade da liberdade que se assume*”. (FREIRE, 1999, p. 105)

As ações assistenciais nos programas de saúde constituíram uma das categorias temáticas inferidas nesta pesquisa, manifestadas através das unidades de registro apresentadas pelos sujeitos da pesquisa, tanto nas ações desenvolvidas quanto nas ações não desenvolvidas que poderiam garantir melhores resultados no cotidiano profissional dos enfermeiros. Os programas de saúde registrados com maior frequência de aparição corresponderam a áreas estratégicas para atuação na atenção, estabelecidas na PNAB, como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, controle da hipertensão arterial, controle do diabetes mellitus, controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Dos programas de saúde não contemplados em áreas estratégicas da atuação na atenção básica, os sujeitos da pesquisa registraram com maior evidência a saúde do homem e a saúde do trabalhador. As unidades de registro desta categoria temática viabilizaram a inferência da pesquisadora no sentido de que os sujeitos da pesquisa desempenham ações de assistência à saúde, vinculadas aos programas de saúde estabelecidos pela Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Considerando que a atuação dos enfermeiros acontece nos municípios, observa-se que os gestores municipais cumprem o previsto na PNAB, no que se refere a programar as ações da atenção básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local; bem como, inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia saúde da família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde.

A atuação dos enfermeiros nos programas de saúde observa o respaldo técnico e legal, conferido pela PNAB e pela legislação profissional, respectivamente. Assim, as ações assistenciais dos enfermeiros nos programas de saúde contemplam atribuições privativas ao enfermeiro e ações compartilhadas com os demais integrantes da equipe de saúde. Das ações compartilhadas na assistência à saúde, nestas considerações, a prescrição de medicamentos e a solicitação de exames complementares de rotina, conforme protocolos oficiais de

saúde, já foram referidas e analisadas. Portanto, as ações privativas do enfermeiro na assistência à saúde surgem como ações de responsabilidade direta e exclusiva do enfermeiro, das quais ele não pode se esquivar e, através das quais, o enfermeiro exercita a sua autonomia profissional.

A autonomia profissional determina a condição pela qual o profissional é livre para escolher atuar, mediante preceitos éticos e legais que regem a sua conduta. Assim, por determinação legal, nas ações assistenciais dos programas de saúde, o enfermeiro é livre para decidir pelo planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; pela consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; pelos cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; e, pelos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas. Observa-se que o enfermeiro brasileiro é um profissional que detém autonomia, tendo por base a regulamentação da sua profissão e a normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde, seguindo recomendações da Organização Mundial da Saúde na assistência à saúde a todos os sistemas de saúde.

No exercício das atribuições de caráter privativo, a não realização destas é passível de responsabilização ética, legal, civil e criminal do profissional, por negligência, imperícia ou imprudência. Portanto, é responsabilidade do enfermeiro decidir pelo desenvolvimento das ações de assistência de enfermagem que lhe são privativas, não dependendo da permissão ou normatização da autoridade sanitária. Enfatizando: é dever do enfermeiro o exercício da sua autonomia profissional legalmente estabelecida.

Na atenção básica à saúde, a prescrição da assistência de enfermagem e a consulta de enfermagem constituem ações assistenciais privativas do enfermeiro, presentes no cotidiano dos serviços de saúde. É dever do enfermeiro instituir a sistematização da assistência de enfermagem nos serviços de saúde, contemplando a prescrição da assistência de enfermagem e a realização da consulta de enfermagem. A consulta de enfermagem constitui ação de saúde indispensável para a efetivação da integralidade da assistência à saúde. A PNAB estabelece a consulta de enfermagem no rol de atribuições do enfermeiro do PACS, da estratégia saúde da família e da atenção básica em geral.



A relevância da consulta de enfermagem na assistência à saúde para os usuários, os enfermeiros, demais integrantes da equipe multiprofissional e serviços de saúde determinou estabelecer uma categoria temática específica para a consulta de enfermagem, neste estudo. Nas unidades de registro desta pesquisa, os sujeitos apontaram a consulta de enfermagem, como ações desenvolvidas, como ações não desenvolvidas que determinariam melhoria na qualidade dos serviços e como conteúdo de destaque na formação acadêmica do enfermeiro que atua na atenção básica.

O ensino da consulta de enfermagem requer a consciência de que a sua realização é de caráter privativo ao enfermeiro, constituindo o exercício da autonomia profissional. Assim, por ser uma atividade privativa do enfermeiro, a decisão de realizar a consulta de enfermagem é do enfermeiro, não justificando a espera por uma demanda administrativa, normativa ou gerencial favorável. Na prática profissional, cabe ao enfermeiro buscar recursos humanos, técnicos e materiais para a realização das suas atribuições privativas. O enfermeiro brasileiro dispõe do Sistema COFEN/CORENs que, como órgão disciplinador do exercício da enfermagem, tem como competência, entre outras, a responsabilidade de promover estudos e campanhas para o aperfeiçoamento profissional e de zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem.

Mediante isso, o enfermeiro brasileiro deve recorrer diretamente ao Conselho Regional de Enfermagem da sua jurisdição sempre que necessitar de suporte técnico e científico para o bom desempenho das funções que lhe são privativas. O Sistema COFEN/CORENs possui câmaras técnicas de assistência e de sistematização da assistência de enfermagem, disponibilizando gratuitamente aos profissionais de enfermagem o suporte técnico e legal para o exercício das suas atividades profissionais. Cabe ao profissional enfermeiro recorrer ao Sistema COFEN/CORENs como recurso certo e seguro da sua atuação profissional, buscando a prática de uma assistência de enfermagem e de saúde segura, livre de riscos e danos, possibilitando a satisfação dos usuários da saúde e a qualidade dos serviços.

A função assistencial do enfermeiro articula, direta e indiretamente com ações administrativas que, nesta pesquisa, constituiu uma categoria temática distinta. Na PNAB constam as atribuições dos integrantes da equipe

multiprofissional da atenção básica, conferindo destaque específico às atribuições administrativas do enfermeiro do PACS e das demais áreas da atenção básica em: planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; e, participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Na regulamentação da enfermagem, as ações administrativas incluem serviços específicos de enfermagem e os serviços de saúde. No que se refere à atuação administrativa nos serviços de enfermagem, esta é de caráter privativo do enfermeiro, abrangendo a direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; a organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; e, o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. Em caráter compartilhado com os integrantes da equipe de saúde, cabe ao enfermeiro a participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde; a participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; e, a participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde; e, a participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde.

Destaca-se que o modelo administrativo adotado pelo enfermeiro no exercício das suas ações administrativas determina, direta e indiretamente, o potencial de humanização vivenciado e exercitado nos serviços de saúde. Com isso, o enfermeiro administrador não é apenas um coordenador, planejador e diretor dos serviços de enfermagem e de saúde, exercendo função organizativa, hierárquica e burocrática. Antes, porém, o enfermeiro administrador tem consciência da finalidade das ações administrativas em saúde, comprometidas com o humano. Assegurar a humanização dos serviços de saúde depende da permissão da manifestação do humano em todas as ações de saúde, sejam assistenciais ou administrativas, concedida por todos aqueles que exercem saúde, nas diferentes funções, administrativas ou não.

Outro aspecto destacado pelos sujeitos desta pesquisa que, indiretamente vinculado a ações administrativas, constitui parte essencial da atenção básica,

foram as ações epidemiológicas. A PNAB prevê um sistema de informações em saúde sólido e seguro com a finalidade fornecer dados que garantam uma análise objetiva da situação sanitária, a tomada de decisões baseadas em evidências e a programação de ações de saúde dirigida para a necessidade de saúde da população a ser assistida. Cabe aos profissionais da saúde atuantes na atenção básica ter familiaridade com o sistema de informações, identificando as próprias ações desenvolvidas geradoras de dados de informação, com o objetivo de garantir um sistema confiável de indicadores de saúde.

O eixo principal do sistema de informações em saúde é gerado pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que contém informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde. Em caráter complementar, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem como objetivo principal fornecer informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional. Tais informações são geradas pelas atividades dos agentes comunitários de saúde, tanto do PACS quanto da estratégia saúde da família.

Numa ação de registros de informação de maior complexidade e que requer uma ação mais efetiva de participação e análise do enfermeiro está configurado o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória. A proposta do Ministério da Saúde recomenda que a coleta de informações seja efetuada do nível administrativo mais periférico para o nível central, ou seja, iniciada nas unidades básicas de saúde e repassada gradativamente ao Município, Estado e órgão central do Ministério da Saúde. Tal proposta requer que todas as UBS sejam supridas de tecnologia da informação capaz de garantir o suporte necessário à rede de informações em saúde. Portanto, cada gerente de UBS com o apoio da sua equipe de trabalho deve requerer junto aos gestores públicos o equipamento necessário e a capacitação dos profissionais para a

realização plena das finalidades da atenção básica à saúde. O enfermeiro que atua na ABS, sendo ou não gerente da UBS, deve conhecer minuciosamente todo o processo de informações em saúde, uma vez que os dados iniciais do sistema são gerados pela coleta de informações dos agentes comunitários de saúde, comunicados ao enfermeiro que assume a responsabilidade de registrá-los, analisá-los e, junto com a equipe multiprofissional, decidir pelas ações de saúde a serem implementadas.

O desempenho efetivo e eficiente do enfermeiro depende de ações de educação permanente. Tais ações surgiram nas unidades de registro dos sujeitos desta pesquisa, constituindo ou categoria temática distinta. Na PNAB, as ações de educação permanente de responsabilidade do enfermeiro abrangem supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem. Na regulamentação profissional da enfermagem, é prevista a participação do enfermeiro como integrante da equipe de saúde nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada e nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho.

Semelhante à educação em saúde, a educação permanente deve ser dirigida para a realidade profissional, podendo ser realizada no dia-a-dia no próprio ambiente de trabalho, mediante a possibilidade de estudos de casos concretos, como forma de intervenção em saúde. Tais modelos de educação permanente possibilitam mudanças concretas no agir, refletindo a proposta de educação permanente prevista na PNAB, não somente incluída nas atribuições dos integrantes da equipe de atenção básica, mas, principalmente, estabelecida como de responsabilidade de cada esfera do governo: secretarias municipais e estaduais, Distrito Federal e Ministério da Saúde, integrando Pólos de Educação Permanente em Saúde como política pública em saúde. A educação permanente, prevista na PNAB como responsabilidade governamental, constitui ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o SUS, nas suas diferentes instâncias de gestão, e as instituições formadoras.

A atuação do enfermeiro na educação permanente o faz educador e educando, condicionalmente e incessantemente. Assim, não basta ao enfermeiro o domínio técnico e científico dos conteúdos de enfermagem e saúde. Tão importante quanto o domínio intelectual é o que Freire (1999, p. 116) denomina 'testemunho ético ao ensinar', demonstrado pela humildade e coerência de quem ensina. O enfermeiro educador ensina enfermagem, saúde, vida e cidadania. Na linguagem freireana, a humildade do enfermeiro educador resulta da visão dialética do ato de ensinar e do ato de aprender, testemunhando a abertura aos outros e a disponibilidade curiosa à vida.

Destaca-se que as ações de educação permanente são atribuições compartilhadas entre os integrantes da equipe multiprofissional, estabelecendo a necessidade da interação efetiva de profissional para profissional. Na PNAB, a atenção à saúde é assegurada, através da atuação da equipe multiprofissional. Nesta pesquisa, as ações integradas da equipe multiprofissional constituíram categoria temática distinta, tanto nas ações desenvolvidas pelos sujeitos da pesquisa quanto nas ações não desenvolvidas que poderiam fazer a diferença na obtenção de bons resultados. Destaca-se que a referência ao trabalho da equipe multiprofissional emergiu de forma mais incisiva na questão das ações não desenvolvidas, revelando o reconhecimento dos sujeitos da pesquisa ao trabalho do assistente social, psicólogo, nutricionista, profissional de educação física e terapeuta ocupacional como forma de se obter melhores resultados na atenção básica à saúde. O trabalho da equipe multiprofissional representa uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos profissionais que as desempenham, assegurando que a atenção à saúde efetivada assista cada pessoa na sua dimensionalidade de ser: física, mental, social e espiritual.

A PNAB estabelece a equipe multiprofissional mínima para a atenção básica constituída de médico, enfermeiro, odontólogo, técnico e auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico de higiene dental e auxiliar de consultório dentário. É proposta do governo federal que o número de equipes de saúde bucal seja efetivado na mesma proporção que as equipes de saúde da família, com previsão orçamentária semelhante não acarretando maior ônus financeiro para o município. No entanto, a depender das prioridades regionais e da

disponibilidade financeira do Município, este tem autonomia para expandir a equipe multiprofissional, ações e serviços de saúde. Na PNAB, são estabelecidos parâmetros mínimos, os Estados e Municípios podem e devem pensar além do mínimo, de acordo com a necessidade de saúde detectada na área de abrangência. Ao ser detectada a necessidade de outros profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais, tal assunto deve ser articulado entre profissionais, usuários e gestores, sendo encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde para a deliberação necessária. Aqui se situa um ponto fundamental relativa à utilização correta dos recursos públicos. Estes, se devidamente utilizados, suprem não somente o previsto na PNAB, de caráter obrigatório, mas podem financiar uma atenção básica com integralidade proporcional à integralidade da assistência à saúde assegurada pela equipe multiprofissional.

A menção às ações integradas da equipe multiprofissional que, nesta pesquisa, emergiram como ações desenvolvidas enfatizaram a integração necessária entre os componentes da equipe, a realização de reuniões periódicas para planejamento e avaliação das ações de saúde e a importância de todos 'falarem a mesma língua'. Não há como fazer saúde sem dispor do trabalho em equipe. Portanto, cada profissional de saúde é um trabalhador que sempre desenvolverá o seu trabalho em equipe, necessitando que essa aprendizagem aconteça já no período de formação acadêmica de todos os profissionais de saúde.

Ao serem analisadas todas as referências que a Lei Orgânica da Saúde e a PNAB fazem à formação acadêmica, capacitação, aperfeiçoamento e especialização em saúde, observa-se que é proposta do Ministério da Saúde que estas ocorram mediante integração das instituições de ensino com as instituições de saúde, prevendo inclusive cursos multiprofissionais de residência ou especialização em saúde da família. Tal proposta visa assegurar a cada futuro profissional de saúde a oportunidade de apreender que a atenção integral à saúde só acontece de forma integrativa com a participação de todos os componentes da equipe multiprofissional. Em saúde, o desempenho da equipe multiprofissional não contempla relações de verticalidade profissional. As ações em saúde são desenvolvidas efetivamente na horizontalidade das relações interprofissionais, cada integrante da equipe consciente do impacto dos seus atos profissionais

sobre os serviços e os usuários da saúde. A atuação na equipe multiprofissional exige de cada integrante o desenvolvimento e o aprimoramento constante da sua própria capacidade de cooperação, de trabalho e de expressão, dirigindo a atenção para a avaliação do seu próprio grau de colaboração na equipe. A comunicação com a sua equipe de trabalho deve ser efetiva, pautada no diálogo, no exercício da negociação e na comunicação interpessoal, uma vez que o potencial de realização da equipe de saúde advém diretamente da sua capacidade de articulação interna. Observa-se que, nesse aspecto, os princípios da humanização dos serviços de saúde tem o seu exercício inicial a ser desenvolvido entre os integrantes da equipe de saúde, sendo possível afirmar que não ocorrendo a humanização dos profissionais de saúde não há como pensar em humanização da assistência. Assim, é preciso que cada profissional de saúde, para assistir pessoas, busque primeiramente 'tornar-se pessoa'.

Nesta pesquisa, os sujeitos destacaram também ações desenvolvidas nas comunidades e o trabalho em grupo como forma de assegurar bons resultados na atenção à saúde. Observa-se que tal manifestação dos enfermeiros participantes demonstra que a atuação desses enfermeiros concilia com os princípios fundamentais da PNAB, considerando que a ABS é o primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde e o modelo global de atenção básica à saúde possui configuração progressiva de usuários contemplando indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Faz parte do planejamento e da assistência à saúde a atuação da equipe multiprofissional considerar que, na atenção básica à saúde, toda a ação iniciada com o indivíduo, deve progredir para a família, grupos, comunidades e população.

Outra questão que constituiu objetivo desta pesquisa foi a participação dos sujeitos na proposição das políticas públicas de saúde. Os resultados obtidos indicaram que somente 39% dos enfermeiros participantes desta pesquisa já participam na proposição das políticas públicas de saúde, predominantemente, na instância municipal. Dos sujeitos da pesquisa que ainda não participam na proposição de políticas públicas, 75% manifestaram interesse em participar, dado este que oferece indicativo favorável ao incentivo e à capacitação dos enfermeiros para atuarem efetivamente na proposição de políticas públicas. Destaca-se que as atribuições do enfermeiro na atenção básica à saúde requerem deste a inserção

direta com os usuários da saúde, bem como a articulação direta com todos os integrantes da equipe de saúde. Portanto, é o enfermeiro que, ao exercer plenamente as suas atribuições, possui acesso ao maior número de informações quanto às necessidades de saúde da população assistida e das ações de saúde requeridas. Com esse leque de informações, a presença do enfermeiro no processo de proposição de políticas públicas de saúde é imprescindível e este não pode se omitir desta tarefa. A omissão é passível de responsabilização pública. Quando o enfermeiro possui a plena compreensão do desenvolvimento das ações de saúde na atenção básica, o seu trabalho não é interrompido para questionamentos da possível falta de demanda dos órgãos centrais. Antes porém, ele tem a consciência plena do que é possível efetivar na periferia do sistema de saúde, articulando de forma efetiva com usuários e profissionais, para requerer, conjuntamente, aos gestores a adoção específica da política pública necessária aquela área de abrangência.

Nesta pesquisa, o controle social efetuado através dos Conselhos Municipais de Saúde foi indicado como a forma mais efetiva de participação no processo de proposição das políticas públicas de saúde, tendo surgido também a necessidade de capacitação em políticas públicas de saúde. Tal capacitação tem por finalidade assegurar a atuação efetiva dos conselheiros de saúde, mediante o conhecimento da organização, princípios e finalidade do SUS; do processo de controle social e participação coletiva da saúde brasileira; e, das suas atribuições como conselheiros de saúde ou cidadãos zelando e requerendo saúde.

O papel do enfermeiro nesse processo é fundamental. Consciente que a PNAB, especificamente na estratégia saúde da família, considera a atenção básica como possível palco para a construção da cidadania, parte-se do princípio que cidadania exige participação. Por sua vez, a participação cidadã resulta na conquista de bens comuns a todos sem discriminação, estabelecendo o alicerce para a igualdade social com o devido respeito à diversidade social. O preparo acadêmico e as atribuições profissionais do enfermeiro asseguram a sua plena participação na formulação, deliberação e fiscalização das políticas públicas.

Conferências e Conselhos de saúde, tal como constaram nas unidades de registro desta pesquisa, são formas de participação social e mecanismos conquistados para exercer o controle social. No processo político participativo na



saúde, o enfermeiro atua como sujeito político, ou seja, exerce a sua própria cidadania consciente das possibilidades de contribuir com processos de mudanças e conquistas. A participação é requisito de realização próprio do ser humano que, para o seu desenvolvimento social, requer participação nas definições e decisões dos direitos sociais, dentre estes, a saúde.

A terceira questão abordada neste estudo, tendo constituído parte dos seus objetivos específicos, foi a formação acadêmica do enfermeiro, tendo por finalidade a sua atuação na atenção básica. Partindo dos eixos temáticos estabelecidos nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem - ciências biológicas e da saúde, ciências humanas e sociais e ciências da enfermagem: fundamentos, assistência, administração e ensino de enfermagem – a categorização dos conteúdos incluídos e não incluídos na formação acadêmica dos sujeitos da pesquisa necessários para a atuação do enfermeiro na atenção básica contemplou todos os eixos curriculares.

Tal diversidade retrata a própria diversidade dos resultados de avaliação das instituições de ensino e, especificamente, dos cursos de graduação em enfermagem, como por exemplo, o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE). No Brasil, o sistema de ensino prevê a autonomia universitária e a flexibilidade curricular, permitindo a composição de currículos dirigidos para as necessidades regionais e os aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região. Desse modo, cabe às coordenações, ao corpo docente e ao corpo discente dos cursos de enfermagem, devidamente articulados com as instituições de saúde assegurar a qualidade da formação acadêmica, conforme o rol de competências e habilidades requeridas na atuação profissional do enfermeiro.

Nas diretrizes curriculares dos cursos de enfermagem no Brasil, o SUS está devidamente contemplado, quanto à integralidade da atenção à saúde e a qualidade e humanização do atendimento. Em caráter complementar, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação instituíram, em 2005, o Pró-Saúde como projetos a serem desenvolvidos na formação de médicos, enfermeiros e odontólogos, articulados com as secretarias municipais de saúde, propiciando

uma formação acadêmica que viabilize a consolidação do SUS. A programa interministerial Pró-Saúde tem por finalidade a integração da academia com o serviço público de saúde, a fim de que a formação acadêmica conceda respostas às necessidades concretas da população brasileira na formação de recursos humanos, na produção do conhecimento e na prestação de serviços, em todos estes casos direcionados a construir o fortalecimento do SUS. Esta iniciativa visa à aproximação entre a formação de graduação no País e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família. O distanciamento entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontada em todo mundo como um dos fatores responsáveis pela crise do setor da Saúde. No momento em que a comunidade global toma consciência da importância dos trabalhadores de saúde e se prepara para uma década em que os recursos humanos serão valorizados, a formação de profissionais mais capazes de desenvolverem uma assistência humanizada e de alta qualidade e resolutividade será impactante até mesmo para os custos do SUS, na medida em que a experiência internacional aponta que profissionais gerais são capazes de resolver custos relacionados a quatro quintos dos casos sem recorrer a propedêutica complementar, cada dia mais custosa.

O Brasil tem uma notável experiência em aproximação entre a academia e os serviços, mas essa ainda está muito aquém do que seria necessário. Projetos experimentais, vinculados a pequenas partes das escolas de medicina, odontologia e enfermagem deveriam se expandir e tornar-se o centro do processo de ensino e aprendizagem, conforme conclusão da própria coordenação nacional do Pró-Saúde.

Finalizando, ao estabelecer as aproximações e distanciamentos pretendidos neste estudo, observa-se que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros brasileiros na atenção básica e as ações não desenvolvidas que os mesmos intencionariam desenvolver, buscando melhores resultados, apresentam aproximações com a Política Nacional de Atenção Básica. Contudo, o conjunto das ações não desenvolvidas enfatiza que o próprio reconhecimento dos enfermeiros na não realização de ações previstas nos princípios e competências nacionais da atenção básica confirma o distanciamento da oferta da ABS, quanto

ao atendimento das necessidades integrais da população assistida, à qualidade dos serviços de saúde e à plena realização do SUS.

Na participação dos enfermeiros brasileiros no processo de proposição das políticas públicas de saúde, o efetivo compromisso de participação dos enfermeiros e as formas de participação apontadas nesta pesquisa conferem a aproximação necessária aos enfermeiros no exercício profissional que o desempenham com pleno compromisso social e político, buscando a plena realização da cidadania. Havendo grupo de enfermeiros que não participam e não desejam participar no processo de proposição das políticas públicas, sempre haverá o distanciamento destes com o conhecimento necessário das políticas públicas e com as práticas profissionais articuladas com a política nacional de saúde; bem como, a proposição de políticas públicas distanciadas da totalidade do papel que o enfermeiro pode desempenhar na atenção básica à saúde.

A formação acadêmica dos enfermeiros retratada nesta pesquisa revelou aproximação com os programas de saúde propostos pelo sistema de saúde, contemplando as áreas estratégicas da atenção básica. No entanto, a análise dos conteúdos não incluídos na formação acadêmica dos enfermeiros revelou o distanciamento destes com conteúdos que conferem maior conhecimento e vivência do SUS, maior potencial para a humanização em saúde, maior preparo e atuação como educador e maior aprimoramento da capacidade técnica e científica.

Esta pesquisa evidenciou o compromisso político e social do enfermeiro, na assistência, na pesquisa e no ensino, num incessante trabalho de conhecer as políticas públicas de saúde, ter o seu cotidiano de trabalho como oportunidade e ambiente necessário para o cumprimento das políticas públicas de saúde e buscar a participação coletiva indispensável para promover mudanças e transformações necessárias de vida e de realidades condizentes com as políticas públicas de saúde e vice-versa.

## REFERÊNCIAS

AGUINAGA, H. **Hospital São Francisco de Assis: história**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1977.

APM. Associação Paulista de Medicina. **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

AQUINO, R. S. L. et al. **Sociedade brasileira: uma história através dos movimentos sociais: da crise do escravismo ao apogeu do neoliberalismo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

AROUCA, A. S. S. Democracia é saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1987.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 2.ed. São Paulo: Ática, 1998.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br>. Acessado em: 12/09/2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Departamento de Tecnologia da Informação. **Quantitativo dos profissionais de enfermagem no Brasil: por regional, categoria e sexo**. Brasília, DF, 2009a. Mensagem enviada por: [ebenezer@cofen.gov.br](mailto:ebenezer@cofen.gov.br) e recebida por: [dirclair@hotmail.com](mailto:dirclair@hotmail.com), em: 06/03/2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Documentos Básicos**. 6. ed. Rio de Janeiro: COFEN, 2000.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução-COFEN**. Disponível em <http://www.portalcofen.gov.br>. Acessado em: 12/09/2008.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Anne Joyce Angher, coord. 10.ed. São Paulo: Rideel, 2004a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. **Indicadores demográficos**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/brasil\\_em\\_sintese/default.htm](http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm). Acessado em: 18/09/2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa das populações dos municípios em 2009**. Brasília, DF, 2009b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/popclock/popclock.php>. Acessado em: 06/03/2009.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saneamento básico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Índice de desenvolvimento da educação básica de 2007**. Disponível em: <http://portalideb.inep.gov.br/>. Acessado em 18/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS 20 anos: Conferências Nacionais de Saúde**. Brasília, DF, 2009c. Disponível em: <http://www.sus20anos.saude.gov.br/sus20anos/portal/index.php>. Acessado em 07/03/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Educação e I Conferência Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e da Saúde, 1941. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf). Acessado em 13/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 1986. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_1.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_1.pdf). Acessado em 13/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sérgio Arouca**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Brasília, DF, 2009d. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>. Acessado em: 07/03/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Volume 4. Série Pactos pela Saúde/2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Indicadores e dados básicos do Brasil em 2007:** IDB 2007. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm>. Acessado em: 18/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Organização Pan-americana de Saúde. **Chamado à ação de Toronto:** 2006-2015 rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental:** 1990 – 2002. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Portal do Governo Brasileiro. **Sobre o Brasil:** um país em movimento. Brasília, DF. 2008b. Disponível em: [http://www.brasil.gov.br/pais/sobre\\_brasil/](http://www.brasil.gov.br/pais/sobre_brasil/). Acessado em: 18/09/2008.

BRUTSCHER, S. M. **Análise da atuação da enfermagem no ambulatório:** a distância entre *ser* e *dever ser*. Brasília: UnB, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research:** conduct, critique and utilization. 4.ed. Philadelphia, Pennsylvania: Saunders, 2001.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, vol. 5, nº 1, 2000.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas:** o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, A. I.; GOULART, F. A. A. (orgs.). **Gestão de saúde:** curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde – programa de educação à distância. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, Brasília: UnB, 1998.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde:** comentários à Lei Orgânica da Saúde. 4. ed. Campinas, UNICAMP, 2006.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CLOTET, J. **Consentimento informado e a sua prática na assistência e pesquisa no Brasil**. Porto Alegre, EDIPUCRS, 2000.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Trad. de Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipo, 1989.

COZBY, P. C. **Métodos de pesquisa em ciências do comportamento**. Trad. De Paula Inez Cunha Gomide e Emma Otta, São Paulo: Atlas, 2003.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-16, maio 2001.

DEMO, P. **A nova LDB: ranços e avanços**. 9. ed. Campinas: Papirus, 1997.

DONAHUE, H. P. **Nursing: the oldest art, an illustrated history**. 2. ed. St. Louis, MO: Mosby, 1996.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.

ENGLES, F. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**. São Paulo, Boitempo, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, M. A. M.; JATENE, A. D. **Saúde e movimentos sociais: o SUS no contexto da revisão constitucional**. São Paulo: EDUSP, 1995.

FEE, E. The pleasures and perils of prophetic advocacy: Henry E. Sigerist and the politics of medical reform. In: **American Journal of Public Health**. v. 86, n. 11, p. 1637-1647, nov. 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 22. ed. São Paulo, Graal, 2006.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad. de Raquel Ramalhete. 29.ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

FRAIZ, I. C. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. (Org.) **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p. 48-74.

FRANKL, V. E. **Logoterapia y análisis existencial**. 2. ed. Barcelona, Herder, 1994.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 12. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1999.

GOULART, F. **Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos.** Uberlândia: EDUFU, 2007.

HAMILTON, P. M. **Realities of contemporary nursing.** Indianapolis, Indiana: Addison-Wesley, 1992.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

HUF, D. D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual em enfermagem.** Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

ICN. International Council of Nurses. **Nursing perspectives and contribution to primary health care.** Geneva, Switzerland, 2008.

JORGE, M. T.; RIBEIRO, L. A. **Fundamentos para o conhecimento científico: áreas da saúde.** São Paulo: Balieiro, 1999.

KELLY, A.; SYMONDS, A. **The social construction of community nursing.** New York: Palgrave Macmillan, 2003.

KRÜGER, T. R. **Os fundamentos ideo-políticos nas Conferências Nacionais de Saúde.** 286 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco CCSA Serviço Social, 2005.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** Ottawa: Minister of Supply and Services Canada, 1981.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiological approach.** New York, McGraw-Hill, 1965.

LEAVELL, H.; CLARK, G. G. **Medicina preventiva.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1978.

LoBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MACHADO, P. A. Discurso de abertura. In: BRASIL. **Relatório final da VI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1977. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf\\_nac.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/6conf_nac.pdf). Acessado em: 13.09.2008.

MARSAGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa de Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. **Família: redes, laços e políticas públicas.** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2008. p. 169-174.



- McINNES, E. M. **St. Thomas'Hospital**. 2. ed. London: St. Thomas'Hospital, 1990.
- MEDEIROS, M et al. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: GUILHEM, D.; ZICKER, F. (Ed.) **Ética na pesquisa em saúde: avanços e desafios**. Brasília: LetrasLivres, Editora UnB, 2007. p. 99-118.
- MERCADANTE, O. (Org.) A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- MERHY, E. E. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MOREIRA, A. A profissionalização da enfermagem. In: OGUISSO, T. (org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. rev. ampl. Barueri: Manole, 2007.
- NASCIMENTO, T. M. C. **A ordem social e a nova constituição**. Rio de Janeiro: AIDE, 1991.
- NEGRI, B. Assistência básica em saúde: menos doença, mais vida. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Ações prioritárias na atenção básica em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- NIGHTINGALE, F. **Suggestions for thought: selections and commentaries**. Edited by CALABRIA, M. D. & MACRAE J. A. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1994.
- NIESWIADOMY, R. M. **Foundations of nursing research**. 2. ed. East Norwalk, Connecticut (USA): Appleton & Lange, 1996.
- NUCCI, G. S. **Código penal comentado**. 9. ed. São Paulo, RT, 2009.
- OGUISSO, T. (org.) **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2.ed. rev. ampl. Barueri: Manole, 2007.
- PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.
- PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Trad. de Cláudia Schilling e Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- POLIT, D.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. **Ciência e Cultura**. São Paulo, vol. 55, nº 1, 2003

REY, B. **As competências transversais em questão**. Trad. e revisão técnica de Álvaro Manuel Marfan Lewis. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo, Atlas, 1989.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia, AB, 1999.

SARTRE, J. P. **Questão de método**. Sartre. Coleção dos Pensadores. São Paulo, Abril, 1978.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2002.

SORIANO, R. R. **Manual de pesquisa social**. Trad. de Ricardo Rosenbusch. Petrópolis: Vozes, 2004.

SPATA, A. V. **Métodos de pesquisa: ciências do comportamento e diversidade humana**. Trad. A. B. Pinheiro de Lemos. Revisa técnica Carlos Américo Alves Pereira. Rio de Janeiro: LTC, 2005.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. 5th printing. Philadelphia, AA, F.A. Davis, 1969.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VIETTITA, E. P. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. In: **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 31-43, 1995.

WALDOW, V. R. **Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico**. Petrópolis: Vozes, 2005.

WHO. World Health Organization. **Primary health care: now more than ever**. Geneva. Switzerland, 2008.

WHO. World Health Organization. **Digital library: constitution of the World Health Organization**. Disponível em [http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1355\\_5310.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1355_5310.htm). Acessado em: 26/02/2009.

**ANEXOS**

**ANEXO I**

**ANEXO I****DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**

Em setembro de 1978, foi realizada em Alma-Ata, USSR, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, patrocinada pela OMS e UNICEF.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde — considerando a necessidade de ação urgente por parte de todos os governos e de todos que trabalham no campo da saúde — fez a seguinte Declaração:

**I**

Reafirmamos que saúde — um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença — é um direito humano fundamental. Atingir alto nível de saúde deve ser a meta mais importante para os povos, cuja realização requer a ação de muitos setores além do setor da saúde.

**II**

A evidente desigualdade no estado de saúde dos povos — particularmente entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos e também dentro de cada país — é totalmente inaceitável e motivo de preocupação para todas as nações.

**III**

O desenvolvimento econômico e social, baseado em uma Nova Ordem Econômica Internacional, é de importância fundamental para obter saúde para todos e para reduzir o fosso que separa os países subdesenvolvidos dos países desenvolvidos. A promoção da saúde dos povos é essencial para o desenvolvimento econômico e social; contribui para melhorar a qualidade de vida e para alcançar a paz mundial.

**IV**

A população tem o direito e o dever de participar — individual e coletivamente — no planejamento e na execução dos cuidados de saúde.

**V**

Os governos têm responsabilidade pela saúde de seus povos. Esta obrigação só pode ser cumprida mediante a adoção de medidas adequadas na área da saúde e no campo social. Nas próximas décadas, uma das prioridades de toda a comunidade mundial é conseguir, pelo ano 2000, um nível de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva. A atenção primária à saúde é a chave para atingir essa meta dentro do espírito da justiça social.

**VI**

Atenção primária significa cuidados essenciais de saúde, baseados em técnicas apropriadas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas e ao alcance de todos os membros da comunidade, mediante a plena participação da população a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento. A atenção primária deve fazer parte do sistema de saúde (do qual constitui o núcleo central) e do desenvolvimento global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema de saúde. Leva os cuidados de saúde ao local onde residem e trabalham

as pessoas. A atenção primária é o primeiro elo de um processo contínuo de cuidados à saúde.

## VII

### ***Atenção Primária à Saúde***

1. É ao mesmo tempo reflexo e consequência das condições econômicas e das características sociais, culturais e políticas do país. Ela se baseia na aplicação dos resultados da pesquisa social e biomédica, na pesquisa realizada nos serviços de saúde e na experiência em saúde pública;

2. Responde aos principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;

3. Compreende, pelo menos, as seguintes atividades: a educação a respeito dos problemas de saúde existentes e dos métodos de prevenção e cura; a promoção de alimentação adequada; o abastecimento de água potável e saneamento básico; a assistência materno-infantil, incluindo o planejamento familiar; a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e controle de doenças endêmicas; o tratamento em caso de doenças e acidentes comuns e o fornecimento de medicamentos essenciais;

4. Necessita da participação — além do setor saúde — de todos os setores e atividades ligados ao desenvolvimento da comunidade, destacando-se a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações — exigindo de todos um esforço coordenado;

5. Requer autoconfiança e planejamento, participação da população no planejamento na organização, no funcionamento e no controle da atenção primária, fazendo pleno uso dos recursos existentes e para este fim desenvolve — através de uma educação apropriada — a capacidade de participação de toda a comunidade;

6. Deve ser apoiada por sistemas integrados de encaminhamento que mutuamente se auxiliam para conseguir uma melhora progressiva dos cuidados de saúde — com prioridade aos mais necessitados;

7. Baseia-se — em todos os níveis — naqueles que trabalham no campo da saúde: médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários. Baseia-se também — conforme as necessidades — nos práticos tradicionais, treinados de forma adequada — social e tecnicamente — para trabalhar na equipe de saúde que atende as necessidades percebidas pela comunidade.

## VIII

Cada governo deve formular um plano de ação para iniciar e manter a atenção primária como parte de um amplo sistema nacional de saúde — em coordenação com outros setores. Para tanto, é preciso agir com vontade política para mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

## IX

Todos os países devem cooperar, com espírito de solidariedade, a fim de garantir a atenção primária para todos os povos, pois a saúde da população de um país interessa e beneficia a todos os demais. Neste contexto, o informe conjunto **OMS/UNICEF** constitui uma base sólida para desenvolver e aplicar a Atenção Primária em todo o mundo.

## X

É possível alcançar um bom nível de saúde para toda a humanidade até o ano 2000, mediante melhor utilização dos recursos mundiais, que são gastos em grande parte com armamentos e conflitos militares. Uma verdadeira política de paz, distensão e desarmamento, poderia liberar recursos que seriam empregados para fins pacíficos e, em particular, para acelerar o desenvolvimento social e econômico, do qual a atenção primária é elemento essencial.

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária clama por ação urgente e eficaz, a nível nacional e internacional, para pôr em prática a atenção primária no mundo inteiro, dentro do espírito de cooperação técnica e conforme a Nova Ordem Econômica Internacional. A Conferência convida os governos, as organizações internacionais, os órgãos não-governamentais, as entidades financeiras, e todo o pessoal de saúde, para que assumam o compromisso de promover a atenção primária e dediquem para isso maior suporte técnico e financeiro. A Conferência exorta toda a comunidade mundial para que colabore no desenvolvimento e manutenção da atenção primária, de acordo com a letra e o espírito desta Declaração.

**ANEXO II**



## ANEXO II



Edição Número 61 de 29/03/2006  
Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA N o 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais ao atual momento do desenvolvimento da atenção básica no Brasil;

Considerando a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a transformação do PSF em uma estratégia de abrangência nacional que demonstra necessidade de adequação de suas normas, em virtude da experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros;

Considerando os princípios e as diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, entre as esferas de governo na consolidação do SUS, que inclui a desfragmentação do financiamento da Atenção Básica;

Considerando a diretriz do Governo Federal de executar a gestão pública por resultados mensuráveis; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 23 de março de 2006, resolve:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS) publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política.

Art. 2º Definir que os recursos orçamentários de que trata a presente Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.0589 - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica;

II - 10.301.1214.8577 Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e

III 10.301.1214.8581 Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficando revogadas as Portarias nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 10, nº 1.884/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.885/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 1.886/GM, de 18 de dezembro de 1997, publicada no Diário Oficial da União nº 247, de 22 de dezembro de 1997, Seção 1, página 11, nº 59/GM, de 16 de janeiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 14-E, de 21 de janeiro de 1998, Seção 1, página 2, nº 157/GM, de 19 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 58, de 26 de março de 1998, Seção 1, página

104, nº 2.101/GM, de 27 de fevereiro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 42, de 4 de março de 1998, Seção 1, página 70, nº 3.476/GM, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 160, de 21 de agosto de 1998, Seção 1, página 55, nº 3.925/GM, de 13 de novembro de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 22-E, 2 de fevereiro de 1999, Seção 1, página 23, nº 223/GM, de 24 de março de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 57, de 25 de março de 1999, Seção 1, página 15, nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, publicada no Diário Oficial da União nº 221, de 19 de novembro de 1999, Seção 1, página 29, nº 1.013/GM, de 8 de setembro de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 175-E, de 11 de setembro de 2000, Seção 1, página 33, nº 267/GM, de 6 de março de 2001, publicada no Diário Oficial da União nº 46, de 7 de março de 2001, Seção 1, página 67, nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, publicada no Diário Oficial da União nº 163, de 23 de agosto de 2002, Seção 1, página 39, nº 396/GM, de 4 de abril de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 104, de 2 de junho de 2003, Seção 1, página 21, nº 673/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 674/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 44, nº 675/GM, de 3 de junho de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 106, de 4 de junho de 2003, Seção 1, página 45, nº 2.081/GM, de 31 de outubro de 2003, publicada no Diário Oficial da União nº 214, de 4 de novembro de 2003, Seção 1, página 46, nº 74/GM, de 20 de janeiro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 23 de janeiro de 2004, Seção 1, página 55, nº 1.432/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 157, de 16 de agosto de 2004, Seção 1, página 35, nº 1.434/GM, de 14 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 135, de 15 de julho de 2004, Seção 1, página 36, nº 2.023/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.024/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 44, nº 2.025/GM, de 23 de setembro de 2004, publicada no Diário Oficial da União nº 185, de 24 de setembro de 2004, Seção 1, página 45, nº 619/GM, de 25 de abril de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 78, de 26 de abril de 2005, Seção 1, página 56, nº 873/GM, de 8 de junho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº 110, de 10 de junho de 2005, Seção 1, página 74 e nº 82/SAS, de 7 de julho de 1998, publicada no Diário Oficial da União nº 128, de 8 de julho de 1998, Seção 1, página 62.

SARAIVA FELIPE

ANEXO

POLITICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

CAPÍTULO I

Da Atenção Básica

1 - DOS PRINCÍPIOS GERAIS

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs.

Para o processo de pactuação da atenção básica será realizado e firmado o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tomando como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. O processo de pactuação da Atenção Básica seguirá regulamentação específica do Pacto de Gestão. Os gestores poderão acordar nas CIBs indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios.

## 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA ESFERA DE GOVERNO

Os municípios e o Distrito Federal, como gestores dos sistemas locais de saúde, são responsáveis pelo cumprimento dos princípios da Atenção Básica, pela organização e execução das ações em seu território.

### 2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;

II - incluir a proposta de organização da Atenção Básica e da forma de utilização dos recursos do PAB fixo e variável, nos Planos de Saúde municipais e do Distrito Federal;

III - inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde;

IV - organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica;

V - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

VI - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, inclusive os da Saúde da Família, em conformidade com a legislação vigente;

VII - programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial, utilizando instrumento de programação nacional ou correspondente local;

VIII - alimentar as bases de dados nacionais com os dados produzidos pelo sistema de saúde municipal, mantendo atualizado o cadastro de profissionais, de serviços e de estabelecimentos ambulatoriais, públicos e privados, sob sua gestão;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera municipal;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com os serviços de saúde com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no seu território, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XIII verificar a qualidade e a consistência dos dados alimentados nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão;

XIV - consolidar e analisar os dados de interesse das equipes locais, das equipes regionais e da gestão municipal, disponíveis nos sistemas de informação, divulgando os resultados obtidos;

XV - acompanhar e avaliar o trabalho da Atenção Básica com ou sem Saúde da Família, divulgando as informações e os resultados alcançados;

XVI - estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes; e

XVII - buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território.

## 2.2 - Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à Atenção Básica e estímulo à adoção da estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes para a Atenção Básica;

II - pactuar, com a Comissão Intergestores Bipartite, estratégias, diretrizes e normas de implementação da Atenção Básica no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

III estabelecer, no Plano de Saúde Estadual e do Distrito Federal, metas e prioridades para a organização da Atenção Básica no seu território;

IV - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;

V - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite e informar à Comissão Intergestores Tripartite a definição da utilização dos recursos para Compensação de Especificidades Regionais;

VI - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, com orientação para organização dos serviços que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;

VII - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica na esfera estadual;

VIII - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - definir estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

X - firmar, monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;

XI - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia Saúde da Família no âmbito estadual ou do Distrito Federal;

XII ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica feridos aos municípios e ao Distrito Federal;

XIII - submeter à CIB, para resolução acerca das irregularidades constatadas na execução do PAB fixo e variável, visando:

a) apazamento para que o gestor municipal corrija as irregularidades;

b) comunicação ao Ministério da Saúde; e

c) bloqueio do repasse de recursos ou demais providências consideradas necessárias e regulamentadas pela CIB;

XIV - assessorar os municípios para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica, como instrumentos para monitorar as ações desenvolvidas;

XV - consolidar, analisar e transferir os arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios para o Ministério da Saúde, de acordo com os fluxos e prazos estabelecidos para cada sistema;

XVI - verificar a qualidade e a consistência dos dados enviados pelos municípios por meio dos sistemas informatizados, retornando informações aos gestores municipais;

XVII - analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;

XVIII - assessorar municípios na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal;

XIX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação e educação permanente dos membros das equipes;

XX articular instituições, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para capacitação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

XXI - promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da Atenção Básica; e

XXII - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não-governamentais e do setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do estado e do Distrito Federal.

### 2.3 - Compete ao Ministério da Saúde:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde no País, por meio do apoio à Atenção Básica e do estímulo à adoção da estratégia de Saúde da Família como estruturante para a organização dos sistemas municipais de saúde;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento do Piso da Atenção Básica - PAB fixo e variável;

III - prestar assessoria técnica aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família;

IV - estabelecer diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de capacitação e educação permanente dos profissionais da Atenção Básica;

V - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente para os profissionais de saúde da Atenção Básica;

VI articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, em especial de medicina, enfermagem e odontologia, visando à formação de profissionais com perfil adequado à Atenção Básica;

VII assessorar estados, municípios e o Distrito Federal na implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica;

VIII - analisar dados de interesse nacional, relacionados com a Atenção Básica, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos;

IX - elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da Atenção Básica de âmbito nacional;

X - desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

XI - definir estratégias de articulação com as gestões estaduais e municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;

XII - monitorar e avaliar os indicadores do Pacto da Atenção Básica, no âmbito nacional, divulgando anualmente os resultados alcançados, de acordo com o processo de pactuação acordado na Comissão Intergestores Tripartite;

XIII - estabelecer outros mecanismos de controle e regulação, de monitoramento e de avaliação das ações da Atenção Básica e da estratégia de Saúde da Família no âmbito nacional;

XIV - promover o intercâmbio de experiências e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica; e

XV - viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais, não governamentais e do setor privado, para fortalecimento da Atenção Básica e da estratégia de saúde da família no País.

### 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal:

I - Unidade(s) Básica(s) de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita(s) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, de acordo com as normas sanitárias vigentes;

II - UBS com ou sem Saúde da Família que, de acordo com o desenvolvimento de suas ações, disponibilizem:

III - equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros;

IV - consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem para os profissionais da Atenção Básica;

V - área de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

VI - equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações propostas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica;

VII - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

VIII - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente.

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantindo os princípios da Atenção Básica.

### 4 - DO CADASTRAMENTO DAS UNIDADES QUE PRESTAM SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

O cadastramento das Unidades Básicas de Saúde será feito pelos gestores municipais e do Distrito Federal em consonância com as normas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 5 - DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

I - definição do território de atuação das UBS;

II - programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea;

III - desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida;

IV - desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;

V - assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;

VI implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;

VII - realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas;

VIII - participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

IX - desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e

X - apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social.

## 6 - DAS ATRIBUIÇÕES DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

## 7 - DO PROCESSO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A educação permanente dos profissionais da Atenção Básica é de responsabilidade conjunta das SMS e das SES, nos estados, e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Os conteúdos mínimos da Educação Permanente devem priorizar as áreas estratégicas da Atenção Básica, acordadas na CIT, acrescidos das prioridades estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Devem compor o financiamento da Educação Permanente recursos das três esferas de governo acordados na CIT e nas CIBs.

Os serviços de atenção básica deverão adequar-se à integração ensino-aprendizagem de acordo com processos acordados na CIT e nas CIBs.

## CAPÍTULO II

### Das Especificidades da Estratégia de Saúde da Família

#### 1 - PRINCÍPIOS GERAIS

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a estratégia Saúde da Família deve:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como o foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

## 2 - DAS RESPONSABILIDADES DE CADA NÍVEL DE GOVERNO

Além das responsabilidades propostas para a Atenção Básica, em relação à estratégia Saúde da Família, os diversos entes federados têm as seguintes responsabilidades:

### 2.1 Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços visando à organização do sistema local de saúde;

II - definir, no Plano de Saúde, as características, os objetivos, as metas e os mecanismos de acompanhamento da estratégia Saúde da Família;

III - garantir infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e das unidades básicas de referência dos Agentes Comunitários de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas;

IV - assegurar o cumprimento de horário integral - jornada de 40 horas semanais - de todos os profissionais nas equipes de saúde da família, de saúde bucal e de agentes comunitários de saúde, com exceção daqueles que devem dedicar ao menos 32 horas de sua carga horária para atividades na equipe de SF e até 8 horas do total de sua carga horária para atividades de residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, ou trabalho em hospitais de pequeno porte, conforme regulamentação específica da Política Nacional dos Hospitais de Pequeno Porte;

V - realizar e manter atualizado o cadastro dos ACS, dos enfermeiros da equipe PACS e dos profissionais das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, bem como da população residente na área de abrangência das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, nos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde definidos para esse fim; e

VI - estimular e viabilizar a capacitação específica dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

### 2.2 Compete às Secretarias Estaduais de Saúde:

I - pactuar com a Comissão Intergestores Bipartite estratégias, diretrizes e normas de implementação e gestão da Saúde da Família no Estado, mantidos os princípios gerais regulamentados nesta Portaria;

II - estabelecer no Plano de Saúde estadual metas e prioridades para a Saúde da Família;

III - submeter à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo, a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS elaborada pelos municípios e aprovada pelos Conselhos de Saúde dos municípios;

IV - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de acompanhamento do cadastramento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS nos sistemas de informação nacionais, definidos para esse fim;

V - submeter à CIB, para resolução, o fluxo de descredenciamento e/ou o bloqueio de recursos diante de irregularidades constatadas na implantação e no funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS, a ser publicado como portaria de resolução da CIB, visando à regularização das equipes que atuam de forma inadequada;

VI - analisar e consolidar as informações enviadas pelos municípios, referentes à implantação e ao funcionamento das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

VII - enviar, mensalmente, ao Ministério da Saúde o consolidado das informações encaminhadas pelos municípios, autorizando a transferência dos incentivos financeiros federais aos municípios;

VIII - responsabilizar-se perante o Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual;

IX - prestar assessoria técnica aos municípios no processo de implantação e ampliação da SF;

X - articular com as instituições formadoras de recursos humanos do estado estratégias de expansão e qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e educação permanente, de acordo com demandas e necessidades identificadas nos municípios e pactuadas nas CIBs; e



XI - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos municípios, identificando situações em desacordo com a regulamentação, garantindo suporte às adequações necessárias e divulgando os resultados alcançados.

### 2.3. Compete ao Distrito Federal:

I - estabelecer, no Plano de Saúde do Distrito Federal, metas e prioridades para a Saúde da Família;

II - analisar e consolidar as informações referentes à implantação e ao funcionamento das equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e ACS;

III - responsabilizar-se junto ao Ministério da Saúde pelo monitoramento, o controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos ao Distrito Federal; e

IV - acompanhar, monitorar e avaliar o desenvolvimento da estratégia Saúde da Família no Distrito Federal, identificando e adequando situações em desacordo com a regulamentação e divulgando os resultados alcançados.

### 2.4 Compete ao Ministério da Saúde:

I - definir e rever, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite, as diretrizes e as normas da Saúde da Família;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica organizada por meio da estratégia Saúde da Família;

III - apoiar a articulação de instituições, em parceria com Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da Saúde da Família;

IV - articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em Saúde da Família e em educação permanente;

V - analisar dados de interesse nacional relacionados com a estratégia Saúde da Família, gerados pelos sistemas de informação em saúde, divulgando os resultados obtidos; e

VI - para a análise de indicadores, de índices de valorização de resultados e de outros parâmetros, o cálculo da cobertura populacional pelas ESF, ESB e ACS será realizado a partir da população cadastrada no sistema de informação vigente.

## 3 - DA INFRA-ESTRUTURA E DOS RECURSOS NECESSÁRIOS

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;

II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família;

III - existência de Unidade Básica de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família que possua minimamente:

a) consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência;

b) área/sala de recepção, local para arquivos e registros, uma sala de cuidados básicos de enfermagem, uma sala de vacina e sanitários, por unidade;

c) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde;

IV - garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; e

V - existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da UBS.

São itens necessários à incorporação de profissionais de saúde bucal nas Equipes de Saúde da Família:

I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;

III existência de Unidade de Saúde inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, dentro da área para atendimento das equipes de Saúde Bucal, que possua minimamente:

a) consultório odontológico para a Equipe de Saúde Bucal, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; e

b) equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde.

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica. São itens necessários à organização da implantação dessa estratégia:

I - a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no Cadastro Geral de estabelecimentos de saúde do Ministério da Saúde, de referência para os ACS e o enfermeiro supervisor;

II - a existência de um enfermeiro para até 30 ACS, o que constitui uma equipe de ACS;

III - o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais dedicadas à equipe de ACS pelo enfermeiro supervisor e pelos ACS;

IV - definição das microáreas sob responsabilidade de cada ACS, cuja população não deve ser superior a 750 pessoas; e

V o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002.

#### 4. DO PROCESSO DE TRABALHO DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Além das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, são características do processo de trabalho da Saúde da Família:

I - manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;

II - definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;

III - diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;

IV - prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;

V - trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;

VI - promoção e desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;

VII valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

VIII - promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e

IX - acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

As atribuições dos diversos profissionais das Equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal, ACS e enfermeiros das equipes PACS estão descritas no Anexo I.

## 5 - DA CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe.

Recomenda-se que:

I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF;

II - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e

III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes.

Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde.

## 6 - DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

I - O município e o Distrito Federal deverão elaborar a proposta de implantação ou expansão de ESF, ESB e ACS e em conformidade com a regulamentação estadual aprovada pela CIB. Na ausência de regulamentação específica, poderão ser utilizados os quadros constantes no Anexo II a esta Portaria. A proposta deve definir:

a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, definição do número de equipes que deverão atuar e com o mapeamento das áreas e micro-áreas;

b) infra-estrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes;

c) ações a serem desenvolvidas pelas equipes no âmbito da Atenção Básica, especialmente nas áreas prioritárias definidas no âmbito nacional;

d) processo de gerenciamento e supervisão do trabalho das equipes;

e) forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das equipes, contemplando o cumprimento da carga horária de 40 horas semanais;

f) implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), incluindo recursos humanos e materiais para operá-lo;

g) processo de avaliação do trabalho das equipes, da forma de acompanhamento do Pacto dos Indicadores da Atenção Básica e da utilização dos dados dos sistemas nacionais de informação;

h) a contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

II - A proposta elaborada deverá ser aprovada pelos Conselhos de Saúde dos Municípios e encaminhada à Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional para análise. O Distrito Federal, após a aprovação por seu Conselho de Saúde, deverá encaminhar sua proposta para o Ministério da Saúde;

III - A Secretaria Estadual de Saúde ou sua instância regional terá o prazo máximo de 30 dias após a data do protocolo de entrada do processo para sua análise e encaminhamento à Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

IV Após aprovação na CIB, cabe à Secretaria de Saúde dos Estados e do Distrito Federal informar ao Ministério da Saúde, até o dia 15 de cada mês, o número de ESF, de ESB e de ACS que fazem jus ao recebimento de incentivos financeiros do PAB variável;

V - O município, com as equipes previamente credenciadas pelo estado, conforme decisão da CIB, passará a receber o incentivo correspondente às equipes efetivamente implantadas, a partir do cadastro de profissionais no sistema nacional de informação definido para esse fim, e da alimentação de dados no sistema que comprovem o início de suas atividades;

VI - O Ministério da Saúde, os estados e os municípios terão o prazo de até 180 dias para implantação do novo fluxo de credenciamento e implantação de ESF, de ESB e de ACS; e

VII - O fluxo dos usuários para garantia da referência e contra-referência à atenção especializada, nos serviços assistenciais de média complexidade ambulatorial, incluindo apoio diagnóstico laboratorial e de imagem - RX e ultra-som, saúde mental e internação hospitalar, levando em conta os padrões mínimos de oferta de serviços de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a proposta para garantia da assistência farmacêutica básica devem constar no Plano Municipal de Saúde.

### CAPÍTULO III

#### Do Financiamento Da Atenção Básica

##### 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

O financiamento da Atenção Básica se dará em composição tripartite.

O Piso da Atenção Básica (PAB) constitui-se no componente federal para o financiamento da Atenção Básica, sendo composto de uma fração fixa e outra variável.

O somatório das partes fixa e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) comporá o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica conforme estabelecido nas diretrizes dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

Os recursos do Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica descritas nos Planos de Saúde do município e do Distrito Federal.

##### 2 - DO PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O Piso da Atenção Básica - PAB consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica.

O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família - SF; Agentes Comunitários de Saúde - ACS; Saúde Bucal - SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena - SI; e Saúde no Sistema Penitenciário.

Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Os recursos serão repassados em conta específica denominada "FMS - nome do município - PAB" de acordo com a normatização geral de transferências fundo a fundo do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde definirá os códigos de lançamentos, assim como seus identificadores literais, que constarão nos respectivos avisos de crédito, para tornar claro o objeto de cada lançamento em conta. O aviso de crédito deverá ser enviado ao Secretário de Saúde, ao Fundo de Saúde, ao Conselho de Saúde, ao Poder Legislativo e ao Ministério Público dos respectivos níveis de governo.

Os registros contábeis e os demonstrativos gerenciais mensais devidamente atualizados relativos aos recursos repassados a essas contas, ficarão, permanentemente, à disposição dos Conselhos responsáveis pelo acompanhamento, e a fiscalização, no âmbito dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e dos órgãos de fiscalização federais, estaduais e municipais, de controle interno e terno.

Os municípios deverão remeter por via eletrônica o processamento da produção de serviços referentes ao PAB à Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com cronograma por ela estabelecido. As Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal devem enviar as informações ao DATASUS, observando cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Os municípios e o Distrito Federal deverão efetuar suas despesas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento).

De acordo com o artigo 6º, do Decreto nº 1.651/95, a comprovação da aplicação dos recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, na forma do Decreto nº 1.232/94, que trata das transferências, fundo a fundo, deve ser apresentada ao Ministério da Saúde e ao Estado, por meio de relatório de gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

Da mesma forma, a prestação de contas dos valores recebidos e aplicados no período deve ser aprovada no Conselho Municipal de Saúde e encaminhada ao Tribunal de Contas do Estado ou Município e à Câmara Municipal.

A demonstração da movimentação dos recursos de cada conta deverá ser efetuada, seja na Prestação de Contas, seja quando solicitada pelos órgãos de controle, mediante a apresentação de:

I - relatórios mensais da origem e da aplicação dos recursos;

II - demonstrativo sintético de execução orçamentária;

III - demonstrativo detalhado das principais despesas; e

IV - relatório de gestão.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica.

#### 2.1. Da parte fixa do Piso da Atenção Básica

Os recursos do PAB serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal.

Excepcionalmente, os recursos do PAB correspondentes à população de municípios que não cumprirem com os requisitos mínimos regulamentados nesta Portaria podem ser transferidos, transitoriamente, aos Fundos Estaduais de Saúde, conforme resolução das Comissões Intergestores Bipartites.

A parte fixa do PAB será calculada pela multiplicação de um valor per capita fixado pelo Ministério da Saúde pela população de cada município e do Distrito Federal e seu valor será publicado em portaria específica. Nos municípios cujos valores referentes já são superiores ao mínimo valor per capita proposto, será mantido o maior valor.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Os municípios que já recebem incentivos referentes a equipes de projetos similares ao PSF, de acordo com a Portaria nº 1.348/GM, de 18 de novembro de 1999, e Incentivos de Descentralização de Unidades de Saúde da FUNASA, de acordo com Portaria nº 1.502/GM, de 22 de agosto de 2002, terão os valores correspondentes incorporados a seu PAB fixo a partir da publicação do teto financeiro do Bloco da Atenção Básica.

Ficam mantidas as ações descritas nos Grupos dos Procedimentos da Atenção Básica, na Tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde que permanecem como referência para a alimentação dos bancos de dados nacionais.

#### 2.2. Do Piso da Atenção Básica Variável

Os recursos do PAB variável são parte integrante do Bloco da Atenção Básica e terão sua utilização definida nos planos municipais de saúde, dentro do escopo das ações previstas nesta Política.

O PAB variável representa a fração de recursos federais para o financiamento de estratégias nacionais de organização da Atenção Básica, cujo financiamento global se dá em composição tripartite.

Para fazer jus ao financiamento específico do PAB variável, o Distrito Federal e os municípios devem aderir às estratégias nacionais:

- I - Saúde da Família (SF);
- II - Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- III - Saúde Bucal (SB);
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Saúde Indígena (SI); e
- VI - Saúde no Sistema Penitenciário.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde Indígena SI será regulamentada em portaria específica.

A transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da Saúde no Sistema Penitenciário se dará em conformidade ao disposto na Portaria Interministerial nº 1.777, de 9 de setembro de 2003.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros que compõem os incentivos relacionados ao PAB variável da SF, dos ACS e da SB tem por base os dados de alimentação obrigatória do SIAB, cuja responsabilidade de manutenção e atualização é dos gestores do Distrito Federal e dos municípios:

I - os dados serão transferidos, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal para o Departamento de Informática do SUS - DATASUS, por via magnética, até o dia 15 de cada mês;

II - os dados a serem transferidos referem-se ao período de 1º a 30 do mês imediatamente anterior ao do seu envio;

III - a transferência dos dados para a Base Nacional do SIAB se dará por meio do BBS/MS, da Internet, ou por disquete;

IV - o DATASUS remeterá à Secretaria Estadual de Saúde o recibo de entrada dos dados na Base Nacional do SIAB; e

V - O DATASUS atualizará a Base Nacional do SIAB, localizada no Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, até o dia 20 de cada mês.

O número máximo de equipes de Saúde da Família, de Saúde Bucal e de ACS a serem financiadas pelo Ministério da Saúde, a cada ano, será definido em portaria específica, respeitando os limites orçamentários.

Os valores dos componentes do PAB variável serão definidos em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

Equipe de Saúde da Família (ESF)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde da Família implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipe de Saúde da Família (ESF) registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O número máximo de ESF pelas quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população / 2400.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESF:

1. ESF Modalidade 1: são as ESF que atendem aos seguintes critérios:

I - estiverem implantadas em municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual ou inferior a 0,7 e população de até 50 mil habitantes nos Estados da Amazônia Legal e até 30 mil habitantes nos demais Estados do País; ou

II - estiverem implantadas em municípios que integraram o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) e que não estão enquadrados no estabelecido na alínea I deste item; e

III - estiverem implantadas em municípios não incluídos no estabelecido nas alíneas I e II e atendam a população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de no mínimo 70 (setenta) pessoas, respeitado o número máximo de equipes por município, publicado em portaria específica.

2. ESF Modalidade 2: são as ESF implantadas em todo o território nacional que não se enquadram nos critérios da Modalidade 1.

Os valores dos componentes do PAB variável para as ESF Modalidades I e II serão definidos em portaria específica publicada pelo Ministério da Saúde. Os municípios passarão a fazer jus ao recebimento do incentivo após o cadastramento das Equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento dessas populações específicas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

#### Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS implantadas são transferidos a cada mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Será repassada uma parcela extra, no último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários de Saúde, registrados no cadastro de equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, no mês de agosto do ano vigente.

O número máximo de ACS pelos quais o município e o Distrito Federal podem fazer jus ao recebimento de recursos financeiros específicos será calculado pela fórmula: população IBGE/ 400.

Para municípios dos estados da Região Norte, Maranhão e Mato Grosso, a fórmula será: população IBGE da área urbana / 400 + população da área rural IBGE/ 280.

A fonte de dados populacionais a ser utilizada para o cálculo será a mesma vigente para cálculo da parte fixa do PAB, definida pelo IBGE e publicada pelo Ministério da Saúde.

#### Equipes de Saúde Bucal (ESB)

Os valores dos incentivos financeiros para as Equipes de Saúde Bucal implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Equipes de Saúde Bucal (ESB) registrados no cadastro de Equipes e profissionais do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, na respectiva competência financeira.

Farão jus ao recebimento dos incentivos financeiros referentes a Equipes de Saúde Bucal (ESB), quantas equipes estiverem implantadas no SIAB, desde que não ultrapassem o número existente de Equipes de Saúde da Família, e considerem a lógica de organização da Atenção Básica - Saúde da Família.

São estabelecidas duas modalidades de financiamento para as ESB:

I - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 1: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário;

II - Equipe de Saúde Bucal Modalidade 2: composta por no mínimo 1 cirurgião-dentista, 1 auxiliar de consultório dentário e 1 técnico de higiene dental.

#### Compensação de Especificidades Regionais

Os valores do recurso Compensação de Especificidades Regionais serão definidos em Portaria Ministerial específica para este fim.

A utilização dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais será definida periodicamente pelas CIBs.

A CIB selecionará os municípios a serem contemplados, a partir de critérios regionais, bem como a forma de utilização desses recursos de acordo com as especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS.

Os critérios definidos devem ser informados ao plenário da CIT. No caso do Distrito Federal, a proposta de aplicação deste recurso deverá ser submetida à aprovação pelo Conselho de Saúde do Distrito Federal.

As Secretarias Estaduais de Saúde enviarão a listagem de municípios com os valores e o período de transferência dos recursos pactuados nas CIBs ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para que os valores sejam transferidos do FNS para os FMS.

### 3 - REQUISITOS MÍNIMOS PARA MANUTENÇÃO DA TRANSFERÊNCIA DO PAB

Os requisitos mínimos para a manutenção da transferência do PAB são aqueles definidos pela legislação federal do SUS.

O Plano de Saúde municipal ou do Distrito Federal, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde e atualizado a cada ano, deve especificar a proposta de organização da Atenção Básica e explicitar como serão utilizados os recursos do Bloco da Atenção Básica. Os municípios e o Distrito Federal devem manter a guarda desses Planos por no mínimo 10 anos, para fins de avaliação, monitoramento e auditoria.

O Relatório de Gestão deverá demonstrar como a aplicação dos recursos financeiros resultou em ações de saúde para a população, incluindo quantitativos mensais e anuais de produção de serviços de Atenção Básica, e deverá ser apresentado anualmente para apreciação e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os valores do PAB fixo serão corrigidos anualmente mediante cumprimento de metas pactuadas para indicadores da Atenção Básica. Excepcionalmente o não alcance de metas poderá ser avaliado e justificado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde de maneira a garantir esta correção.

Os indicadores de acompanhamento para 2006 são:

I - Cobertura firmada pelo gestor municipal e do Distrito Federal para o ano anterior no Pacto da Atenção Básica, para:

- a) média anual de consultas médicas por habitante nas especialidades básicas;
- b) proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal;
- c) razão entre exames citopatológico cérvico-vaginais em mulheres entre 25 e 59 anos e a população feminina nessa faixa etária; e

II - Cobertura vacinal da terceira dose de tetravalente em menores de um ano de idade maior ou igual a 95%;

O Ministério da Saúde publicará anualmente, em portaria específica, os indicadores de acompanhamento para fins de reajuste do PAB fixo.

### 4 - DA SOLICITAÇÃO DE CRÉDITO RETROATIVO

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB, por parte dos municípios e/ou do Distrito Federal, e na transferência dos arquivos, realizada pelos municípios, o Distrito Federal e os estados, o Fundo Nacional de Saúde - FNS/SE/MS poderá efetuar crédito retroativo dos incentivos financeiros a equipes de Saúde da Família, a equipes de Saúde Bucal e a de Agentes Comunitários de Saúde, com base em solicitação da Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS.

Esta retroatividade se limitará aos seis meses anteriores ao mês em curso.

Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:



I - preencher a planilha constante do Anexo III a esta Política, para informar o tipo de incentivo financeiro que não foi creditado no Fundo Municipal de Saúde ou do Distrito Federal, discriminando a competência financeira correspondente e identificando a equipe, com os respectivos profissionais que a compõem ou o agente comunitário de saúde que não gerou crédito de incentivo;

II - imprimir o relatório de produção, no caso de equipes de Saúde da Família, referente à equipe e ao mês trabalhado que não geraram a transferência dos recursos; e

III - enviar ofício à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando a complementação de crédito, acompanhado da planilha referida no item I e do relatório de produção correspondente. No caso do Distrito Federal, o ofício deverá ser encaminhado ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS.

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios, deverão encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da SAS/MS solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acompanhada dos documentos referidos nos itens I e II.

A Secretaria de Atenção à Saúde - SAS/MS, por meio do Departamento de Atenção Básica, procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada, se houve suspensão do crédito em virtude da constatação de irregularidade no funcionamento das equipes e se a situação de qualificação do município ou do Distrito Federal, na competência reclamada, permite o repasse dos recursos pleiteados.

## 5 - DA SUSPENSÃO DO REPASSE DE RECURSOS DO PAB

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos do PAB aos municípios e ao Distrito Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação, a saber:

a) Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) - para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB;

b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA;

c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM;

d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;

e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;

f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação - SINAN; e

g) Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

Considera-se alimentação irregular a ausência de envio de informações por 2 meses consecutivos ou 3 meses alternados no período de um ano.

II - Forem detectados, por meio de auditoria federal ou estadual, malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos.

A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

### 5.1. Da suspensão do repasse de recursos do PAB variável

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos a equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de saúde ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II ausência de qualquer um dos profissionais da equipe por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por legislação específica e/ou;

III - o descumprimento da carga horária para os profissionais das Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal estabelecida nesta Política.

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos dos incentivos, relativos aos Agentes Comunitários de Saúde, ao município e/ou ao Distrito Federal, nos casos em que forem constatadas, por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de Saúde, ou por auditoria do DENASUS, alguma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade de saúde cadastrada como referência para a população cadastrada pelos ACS e/ou;

II - ausência de enfermeiro supervisor por período superior a 90 (noventa) dias, com exceção dos períodos em que a legislação eleitoral impede a contratação de profissionais, nos quais será considerada irregular a ausência de profissional por e/ou;

III ausência de ACS, por período superior a 90 (noventa) dias consecutivos, e/ou;

IV - descumprimento da carga horária estabelecida nesta Política, para os profissionais.

## 6 - DOS RECURSOS DE ESTRUTURAÇÃO

Na implantação das Equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal os municípios e/ou o Distrito Federal receberão recursos específicos para estruturação das Unidades de Saúde de cada Equipe de Saúde da Família e para Equipes de Saúde Bucal, visando à melhoria da infra-estrutura física e de equipamentos das Unidades Básicas de Saúde para o trabalho das equipes.

Esses recursos serão repassados na competência financeira do mês posterior à implantação das equipes.

Caso a equipe implantada seja desativada num prazo inferior a 12 (doze) meses, contados a partir do recebimento do incentivo de estruturação, o valor recebido será descontado de futuros valores repassados aos Fundos de Saúde do Distrito Federal, do estado ou do município.

Em caso de redução do número de Equipes de Saúde da Família ou de Saúde Bucal, o município ou o Distrito Federal não farão jus a novos recursos de implantação até que seja alcançado o número de equipes já implantadas anteriormente.

O Ministério da Saúde disponibilizará, a cada ano, recursos destinados à estruturação da rede básica de serviços de acordo com sua disponibilidade orçamentária. A CIT pactuará os critérios para a seleção dos municípios e/ou do Distrito Federal.

Para o ano de 2006 serão disponibilizados recursos aos municípios:

I Que realizem residência médica em medicina de família e comunidade credenciada pelo CNRM; e

II - Que em suas Unidades Básicas de Saúde recebam alunos de Cursos de Graduação contemplados no PROSAUDE.

O Ministério da Saúde publicará portaria específica com o montante disponibilizado, a forma de repasse, a listagem de contemplados e o cronograma de desembolso.

Esses recursos serão transferidos fundo a fundo aos municípios que se adequarem a esses critérios, e depositados em conta específica.

## ANEXO I

### AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DE SAÚDE BUCAL E DE ACS

As atribuições globais abaixo descritas podem ser complementadas com diretrizes e normas da gestão local.

#### 1 - SÃO ATRIBUIÇÕES COMUNS A TODOS OS PROFISSIONAIS:

I - participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

II - realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

III - realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

IV - garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

V - realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VI - realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

IX - promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

X - identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

XI - garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

XII - participar das atividades de educação permanente; e

XIII - realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

## 2 - SÃO ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das atribuições definidas, são atribuições mínimas específicas de cada categoria profissional, cabendo ao gestor municipal ou do Distrito Federal ampliá-las, de acordo com as especificidades locais.

Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e à prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.

Do Enfermeiro do Programa Agentes Comunitários de Saúde:

I - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

II - supervisionar, coordenar e realizar atividades de qualificação e educação permanente dos ACS, com vistas ao desempenho de suas funções;

III - facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e ACS, contribuindo para a organização da demanda referenciada;

IV - realizar consultas e procedimentos de enfermagem na Unidade Básica de Saúde e, quando necessário, no domicílio e na comunidade;

V - solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

VI - organizar e coordenar grupos específicos de indivíduos e famílias em situação de risco da área de atuação dos ACS; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Do Enfermeiro:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações;

III - planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS;

IV - supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem;

V - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do Auxiliar de Enfermagem, ACD e THD; e

VI - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Médico:

I - realizar assistência integral (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) aos indivíduos e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;

II - realizar consultas clínicas e procedimentos na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

III - realizar atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, gineco-obstetrícia, cirurgias ambulatoriais, pequenas urgências clínico-cirúrgicas e procedimentos para fins de diagnósticos;

IV - encaminhar, quando necessário, usuários a serviços de média e alta complexidade, respeitando fluxos de referência e contra-referência locais, mantendo sua responsabilidade pelo acompanhamento do plano terapêutico do usuário, proposto pela referência;

V - indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento do usuário;

VI contribuir e participar das atividades de Educação Permanente dos ACS, Auxiliares de Enfermagem, ACD e THD; e

VII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Auxiliar e do Técnico de Enfermagem:

I - participar das atividades de assistência básica realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na USF e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.);

II - realizar ações de educação em saúde a grupos específicos e a famílias em situação de risco, conforme planejamento da equipe; e

III - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Cirurgião Dentista:

I - realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal;

II realizar os procedimentos clínicos da Atenção Básica em saúde bucal, incluindo atendimento das urgências e pequenas cirurgias ambulatoriais;

III - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, de acordo com planejamento local, com resolubilidade;

IV - encaminhar e orientar usuários, quando necessário, a outros níveis de assistência, mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento do usuário e o segmento do tratamento;

V - coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças bucais;

VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

VII - contribuir e participar das atividades de Educação Permanente do THD, ACD e ESF;

VIII - realizar supervisão técnica do THD e ACD; e

IX - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do Técnico em Higiene Dental (THD):

I - realizar a atenção integral em saúde bucal (promoção, prevenção, assistência e reabilitação) individual e coletiva a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e legais;

II - coordenar e realizar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de Saúde da Família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar.

IV - apoiar as atividades dos ACD e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal; e

V participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

Do auxiliar de Consultório Dentário (ACD):

I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - proceder à desinfecção e à esterilização de materiais e instrumentos utilizados;

III - preparar e organizar instrumental e materiais necessários;

IV instrumentalizar e auxiliar o cirurgião dentista e/ou o THD nos procedimentos clínicos;

V - cuidar da manutenção e conservação dos equipamentos odontológicos;

VI - organizar a agenda clínica;

VII - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar; e

VIII - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USF.

(Os Anexos II e III desta Portaria foram subtraídos pela pesquisadora por conter quadros e formulários para projetos de implantação da atenção básica à saúde pelas Secretarias Municipais de Saúde, assunto este que não integra o tema desta pesquisa).

**ANEXO III**

**ANEXO III****CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO<sup>(\*)</sup>  
CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR**

RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001.

Institui Diretrizes Curriculares  
Nacionais do Curso de Graduação em  
Enfermagem

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação, em 1º de outubro de 2001,

**RESOLVE:**

**Art. 1º** A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

**Art. 2º** As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Enfermagem definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

**Art. 3º** O Curso de Graduação em Enfermagem tem como perfil do formando egresso/profissional:

I - Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano; e

II - Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

**Art. 4º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade

<sup>(\*)</sup>CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.



da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI - **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais.

**Art. 5º** A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I – atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;

II – incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;

III – estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;

IV – desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;

V – compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;

VI – reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

VII – atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;

VIII – ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;

IX – reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;

X – atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;

XI – responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;

XII – reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;

XIII – assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

XIV – promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;

XV – usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;

XVI – atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;

XVII – identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

XIX – coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde;

XX – prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

XXI – compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;

XXII – integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;

XXIII – gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;

XXIV – planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;

XXV – planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;

XXVI – desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;

XXVII – respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão;

XXVIII – interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;

XXX – participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;

XXXI – assessorar órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde;

XXXII – cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro; e

XXXIII – reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

**Parágrafo Único.** A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

**Art. 6º** Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos devem contemplar:

I - **Ciências Biológicas e da Saúde** – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados às situações decorrentes do processo saúde-doença no desenvolvimento da prática assistencial de Enfermagem;

II - **Ciências Humanas e Sociais** – incluem-se os conteúdos referentes às diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade, contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

III - **Ciências da Enfermagem** - neste tópico de estudo, incluem-se:

e) **Fundamentos de Enfermagem:** os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo;

f) **Assistência de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao cuidado de Enfermagem;

g) **Administração de Enfermagem:** os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem; e

h) **Ensino de Enfermagem:** os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

**§ 1º** Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

**§ 2º** Este conjunto de competências, conteúdos e habilidades deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

**Art. 7º** Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

**Parágrafo Único.** Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 8º** O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

**Art. 9º** O Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor

como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

**Art. 10.** As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

**§ 1º** As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

**§ 2º** O Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

**Art. 11.** A organização do Curso de Graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

**Art. 12.** Para conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

**Art. 13.** A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena segue Pareceres e Resoluções específicos da Câmara de Educação Superior e do Pleno do Conselho Nacional de Educação.

**Art. 14.** A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

- I - a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- II - as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- III - a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;
- VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; e
- IX - a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem.

**Art. 15.** A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Enfermagem que deverão ser

acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

**§ 1º** As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos, tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

**§ 2º** O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

**Art. 16.** Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Arthur Roquete de Macedo  
Presidente da Câmara de Educação Superior

DOU de 18/01/2002, SEÇÃO 1, P. 31

**ANEXO IV**

## ANEXO IV



**SETOR DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**LINHA: COGNIÇÃO, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Prezado(a) Colega

O preenchimento deste instrumento de coleta de dados subsidiará uma pesquisa de doutoramento que visa desvelar a atuação do enfermeiro nos programas da atenção básica à saúde, em 05 (cinco) unidades da federação, sendo uma de cada região geográfica do Brasil.

O termo de consentimento deverá ser assinado separado e anteriormente ao preenchimento deste questionário, sendo assegurado o anonimato da identidade do informante.

Agradecimentos antecipados,

A Pesquisadora

**QUESTIONÁRIO**

A) Escreva na linha abaixo o nome da cidade e no quadrado à direita anote o número correspondente ao Estado no qual a cidade se localiza.

**Cidade e Estado onde atua na Atenção Básica à Saúde (ABS).**

---

**Estado**

1. AM

2. ES

3. MS

4. PI

5. PR

B) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**SEXO**

1. Masculino

2. Feminino

C) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Idade** ☐

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 1. Menos de 20 anos | 2. De 20 a 29 anos |
| 3. De 30 a 39 anos  | 4. De 40 a 49 anos |
| 5. De 50 a 59 anos  | 6. Mais de 60 anos |

D) Anote no quadrado à direita os números correspondentes à sua resposta.

**Formação acadêmica**

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

- |                |                 |                   |
|----------------|-----------------|-------------------|
| 1. Bacharelado | 2. Licenciatura | 3. Especialização |
| 4. Mestrado    | 5. Doutorado    | 6. Pós-doutorado  |

E) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Tempo de formação profissional** ☐

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. Menos de 01 ano | 2. De 01 a 03 anos |
| 3. De 03 a 05 anos | 4. De 05 a 10 anos |
| 5. Mais de 10 anos |                    |

F) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Área de atuação na ABS**

☐

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| 1. PACS        | 3. UBS              |
| 2. PSF         | 4. Unidade 24 horas |
| 5. Outra _____ |                     |

G) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.

**Tempo de atuação na ABS**

☐

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| 1. Menos de 01 ano | 2. De 01 a 03 anos |
| 3. De 03 a 05 anos | 4. De 05 a 10 anos |
| 5. Mais de 10 anos |                    |

H) Escreva a sua resposta nas linhas abaixo, deixando em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.

Considerando todas as ações que você desenvolve na ABS, relacione 05 (cinco) ações que você considera de maior relevância na garantia de bons resultados na ABS no seu dia-a-dia profissional.

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

I) Anote no quadrado à direita o número correspondente à sua resposta.



Em sua atuação profissional na ABS, há ações que você não desenvolve, mas gostaria de desenvolvê-las por acreditar que poderiam fazer a diferença na garantia de bons resultados na ABS no seu dia-a-dia profissional?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, relacione até 05 (cinco) ações que você considera que poderiam fazer a diferença.

(Deixe em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.)

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

J) Anote no quadrado à direita o número que corresponde à sua resposta.

Você participa do processo de proposição das políticas públicas de saúde que norteiam o seu trabalho?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, em que instância?

☐

1. Municipal

2. Estadual

3. Federal

4. Em mais de uma instância

Caso a sua resposta seja negativa, a que você atribui a sua não participação?

_____
_____

Se você não participa do processo de proposição das políticas públicas de saúde, você gostaria de participar, caso houvesse esta oportunidade?

1. Sim

2. Não

☐

Caso a sua resposta seja afirmativa, relacione até 05 (cinco) itens que correspondam ao seu possível modo de participação na proposição de políticas públicas de saúde.

(Deixe em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.)

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

L) Escreva a sua resposta nas linhas abaixo, deixando em branco os quadrados à direita, para uso posterior da pesquisadora.

Considerando a contribuição dos conteúdos das disciplinas que compuseram o currículo da sua formação acadêmica, especificamente na graduação em enfermagem (bacharelado e/ou licenciatura), relacione:

a) 05 (cinco) conteúdos que contribuem cotidianamente na sua atuação profissional na ABS.

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

b) 05 (cinco) conteúdos não incluídos na sua graduação, mas que você considera prioritários no currículo de formação do enfermeiro para atuar na ABS.

_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>

**ANEXO V**

## ANEXO V



SETOR DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
LINHA: COGNição, APRENDIZAGEM E DESENVOLVIMENTO HUMANO

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nome)  
enfermeiro (a), \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nacionalidade) (estado civil)  
com a idade de \_\_\_\_\_ anos, residente na (rua, av.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, n°. \_\_\_\_\_, Complemento  
\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, atuando na  
atenção básica à saúde, estou sendo convidado(a) a participar de um estudo denominado  
**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE, FORMAÇÃO ACADEMICA E  
ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS**, cujo  
objetivo geral consiste em analisar as aproximações e os distanciamentos da atuação do  
enfermeiro frente à Política Nacional da Atenção Básica à Saúde, à regulamentação do exercício  
profissional da enfermagem e à formação acadêmica. Reconheço que é através de pesquisas  
dessa natureza que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas. A minha participação no  
referido estudo é fundamental e consistirá no preenchimento do questionário que me será  
apresentado. Fui informado(a) que a minha participação é voluntária, isenta de riscos, não havendo  
qualquer prejuízo se optar pela não participação, a qualquer tempo da pesquisa, solicitando  
apenas a devolução deste termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Sei que as  
informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelas autoridades legais; no  
entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma  
codificada, para que a **confidencialidade** seja mantida. Estou ciente de que minha privacidade  
será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado que possa, de qualquer forma, me  
identificar, será mantido em sigilo, sabendo que quando os resultados forem divulgados, não  
aparecerá o meu nome, e sim um código alfa numérico de responsabilidade e controle da  
pesquisadora.

A pesquisadora deste projeto é a Enf. Dulce Dirclair Huf Bais, aluna do programa de  
doutorado da Universidade Federal do Paraná, Setor de Educação, Linha de Pesquisa “Cognição,  
Aprendizagem e Desenvolvimento Humano”, sob a orientação da Profa. Dra. Araci Asinelli da Luz.

Poderei manter contato com a pesquisadora através do e-mail [dirclair@hotmail.com](mailto:dirclair@hotmail.com), por telefonemas a cobrar para o número (41) 9969-6110, sem restrição de horário, ou por correio com reembolso postal, através do seguinte endereço: Rua Desembargador Motta, 2735/204 – Centro – 80430-200 Curitiba, PR. Terei a garantia do livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação.

Manifesto meu livre consentimento em participar, tendo sido esclarecido(a) quanto ao teor do estudo e compreendido a natureza e o objetivo do estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação. Li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado(a) a participar. Assim sendo, concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Local e Data

---

Assinatura do Informante

---

Assinatura da Pesquisadora

**Obs.: O presente termo será apresentado e assinado em duas vias: uma via do informante e outra da pesquisadora.**